Rok XXXVIII. Kraków, 3 Czerwca 1899. Nr. 22.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38. w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 3 Czerwca 1899. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. prof. Dra Jordana.**

O skręceniu szypuły guzów jajnika i przyjajnika.

Napisał

Docent Dr. L. Świtalski.

Jednem z bardzo ważnych powikłań przy guzach jajnika i przyjajnika (parovarium) jest skręcenie ich szypuły, które nierzadko sprowadza bardzo groźne następstwa.

Jak wiadomo, jajniki w prawidłowych warunkach są tak pomieszczone, że więzadła je podtrzymujące pozwalają na pewną ich ruchomość, która przy rozluźnieniu i wydłużeniu więzadeł się zwiększa, a wtedy jajniki nawet prawidłowej wielkości mogą zmienić swoje położenie i mniej lub więcej się obniżyć.

Wyjątkowo zaś tylko się zdarza, aby więzadła jajnika prawidłowego, stanowiące jego szypułę, uległy skręceniu. Przypadki takie jednak są znane. Rokitansky, który pierwszy zwrócił baczniejszą uwagę na to powikłanie, podaje, że skręcenie może dotyczyć jajnika i trąbki prawidłowej, albo jajnika powiększonego i to wolnego, albo zrośniętego. Opisał on przypadek, w którym u dziecka kilkotygodniowego wystąpiło dwukrotne skręcenie szypuły prawidłowego jajnika prawego wraz z trąbką, częściowo pomieszczonych w prawym worku przepuklinowym. Bardzo podobny przypadek opisał Maas, gdzie u dziewczynki dziesięciomiesięcznej przyszło do dwurazowego skręcenia jajnika wraz z trąbką, leżących w przewodzie przepuklinowym prawym.

U starszej osoby, bo u dziewczyny 18-letniej, spostrzegał Geyl trzykrotne skręcenie jajnika lewego prawidłowego wraz z trąbką prawidłową. W następstwie skręcenia przyszło do przewlekłego obrzęku jajnika, do zwyrodnienia torbielkowatego, do rozrostu tkanki łącznej i naczyń. Za przyczynę skręcenia w tym przypadku uważa Geyl niezwykłą ruchomość jajnika.

O ile jednak skręcenie szypuły jajnika prawidłowego należy do wyjątków, o tyle nierzadkiem jest to powikłanie przy guzach jajnikowych i przyjajnika, a może wystąpić i przy torbielach trąbkowo-jajnikowych, przy guzach trąbkowych, jakoteż i przy włókniakach podsurowiczych uszypułowanych (Dührssen, Schultze, Cuppié).

Korzystając z dosyć obfitego materyału, jaki nagromadził się w klinice ginekologicznej, zebrałem wszystkie przypadki skręceń guzów jajnika i przyjajnika z ostatnich lat, a poczynione spostrzeżenia, dotyczące tego powikłania, poniżej podaję.

Do przypadków skręceń szypuły wliczam podobnie, jak to czyni większość autorów, tylko takie skręcenia, które mogą sprowadzić pewne następstwa, a więc skręcenia przynajmniej o $^1/_2$ raza (180°). Mniejsze skręcenia nie sprowadzają zwykle żadnych następstw i przebiegają bez objawów. Uwzględniam dalej tylko te przypadki, w których skręcenie zostało podczas operacyi stwierdzonem.

W ostatnich dziesięciu latach operowano w klinice ginekologicznej 148 przypadków guzów jajnika i ośm przypadków guzów przyjajnika, razem 156.

Na 148 przypadków guzów jajnikowych stwierdzono 33 razy skręcenie szypuły (22·3%), a na ośm przypadków torbieli przyjajnika, 2 razy (25%).

Dotychczas najczęściej spostrzegał to powikłanie przy guzach jajnikowych Küstner, który na 33 przypadków znalazł skręcenie 11 razy (33%). Inni autorowie podają mniejszy odsetek skręceń i tak np. Schauta 20%, Stratz 17·7%, Thornton 9·5%, Olshausen 6·5%, Martin i Terillon 6%. Jeżeli uwzględnimy poszczególne rodzaje nowotworów jajnikowych, to zobaczymy, że przy pewnych guzach skręcenie szypuły częściej występuje, przy innych zaś rzadziej.

Na 148 guzów jajnikowych było torbielaków *(Kystoma)* 100, torbieli skórzastych *(embryoma)* 19, torbieli zwykłych 20 i nowotworów stałych 9.

Na 100 przypadków torbielaków wystąpiło skręcenie 23 razy (23%).

Na 20 przypadków torbieli zwykłych wystąpiło skręcenie 2 razy (10%).

Na 19 przypadków torbieli skórzastych wystąpiło skręcenie 6 razy (31%).

Na 9 przypadków nowotworów stałych wystąpiło skręcenie 3 razy (33%).

Najczęściej więc skręceniu ulegają nowotwory stałe i torbiele skórzaste, najrzadziej torbiele zwykłe.

Z guzów stałych raz wystąpiło skręcenie szypuły o $^1/_2$ raza przy torbielaku zrakowaciałym jajnika prawego, w drugim przypadku dwurazowe skręcenie przy mięsaku jajnika lewego i w trzecim o $2^1/_2$ raza przy włókniaku jajnika prawego, wielkości głowy noworodka. W tym przypadku jajnik prawy, wielkości jaja kurzego, przylegał bardzo ściśle do tylnej powierzchni guza. Przy badaniu wydobytego preparatu pokazało się, że włókniak był oddzielony torebką łącznotkankową od miąższu jajnikowego tak, że go można było łatwo od miąższu jajnika odłuszczyć. Na powierzchni jajnika lewego znajdowały się dwa małe włókniaczki, wielkości ziarna prosa.

Na 33 przypadków skręceń guzów jajnikowych 16 razy siedzibą guza był jajnik prawy, 17 razy jajnik lewy. Nie spostrzegaliśmy natomiast przypadku, w którymby guzy obu jajników równocześnie uległy skręceniu, jakkolwiek i takie przypadki są znane (Veit, Röhrig, Thornton).

W trzech tylko przypadkach, przy równocześnie rozwijających się guzach obu jajników, guz po jednej stronie uległ skręceniu. Dwa razy były obustronne torbiele skórzaste, raz torbielaki. We wszystkich trzech przypadkach nastąpiło skręcenie w guzach, wychodzących z jajnika lewego.

Z dwu przypadków skręceń szypuły torbieli przyjajnika, raz była torbiel przyjajnika prawego, a drugi raz lewego.

W przypadkach naszych skręcenie wynosiło najmniej $^1/_2$ raza (180°), najwięcej $2^1/_2$ raza. Skręcenia jednak mogą być znaczniejsze, bo 5-6razowe (Chrobak, Kosiński, Freund), a jedynym w swoim rodzaju jest przypadek Israëla, podany przez Holländera, gdzie szypuła torbiela przyjajnika prawego, długa około 60 ctm., skręconą była 25 razy.

Kierunek, w którym była skręcona szypuła i guz, zanotowano tylko 22 razy: w pięciu guzach, wychodzących z jajnika lewego, było siedem razy skręcenie od strony prawej ku lewej, w pięciu przeciwnie.

Küstner utrzymuje, że skręcenie szypuły guzów jajnikowych nie odbywa się w którymkolwiek bądź kierunku, ale że daje się przytem zauważyć pewne prawidło, a mianowicie, że guzy wychodzące z jajnika prawego skręcają się w stronę prawą, z lewego zaś w stronę lewą, przyczem Küstner określa odmiennie niż inni autorowie, kierunek skręcenia według przebiegu skrętów, podając, „dass die Stiele der linken Tumoren gewöhnlich zu einer rechtsgewundenen. die der rechten zur linksgewundenen Spirale gedreht sind"'

Za przyczynę takiego stałego skręcenia się szypuły uważa Küstner zmianę w położeniu guzów, jaka następuje przy ich wzroście. W większej liczbie przypadków jak długo guz jajnikowy jest mały, leży w miednicy małej poza macicą; skoro guz tak się rozrośnie, że nie znajduje pomieszczenia w miednicy małej, wydostaje się do jamy brzusznej, gdzie opada ku przodowi, ku powłokom brzusznym, przyczem macica zostaje przemieszczoną teraz ku tyłowi. To przemieszczenie guza i macicy wpływa na wytworzenie się nieznacznego skręcenia o jeden kwadrant (90°), na co dokładniejszą uwagę zwrócił Freund i nazwał to skręcenie pierwotnem, w odróżnieniu od skręcenia następowego; Freund utrzymuje, że pierwotne to skręcenie nie może nigdy zostać wyrównanem. Otóż, według Küstnera, skręcenie to o jeden kwadrant, wobec więcej pozaśrodkowego przyczepienia się szypuły do guzów jajnikowych, musi nastąpić wśród prawidłowych warunków w guzach, wychodzących z jajnika lewego na lewo, z prawego na prawo. Skoro teraz przyjdzie do wytworzenia się skręcenia następowego, to musi się ono odbywać w tym samym kierunku.

Wielka część autorów uznaje to prawidło Küstnera, które jednak odnosi się tylko do tych przypadków guzów jajnika, w których występuje powyżej opisany mechanizm wędrowania guzów z miednicy małej do jamy brzusznej.

Ponieważ jednak zboczenia od tego mechanizmu nie tak rzadko występują, więc też i skręcenie szypuły nie zawsze występuje według prawidła Küstnera.

Z naszych 22 przypadków, w 12 nastąpiło skręcenie według prawidła Küstnera, w 10-ciu przeciwnie.

Przyczyny, wywołujące skręcenie szypuł guzów jajnikowych i przyjajnika, nie są dotychczas na pewne znane, a rozmaici autorowie podają różne przyczyny, sprowadzające skręcenie.

Küstner za główną przyczynę, sprowadzającą skręcenie, uważa ruch robaczkowy i wypełnianie się jelit, a odpowiedniemu przemieszczaniu jelit przez guzy jajnikowe przypisuje także wpływ na kierunek, w którym skręcenie powstaje.

Jakkolwiek i inni autorowie (Veit, Thornton, Mundé) przypisują ważną rolę przy powstawaniu skręceń ruchom robaczkowym jelit, to przecież zdaje się być słusznem twierdzenie Olshausena, Caria i Freunda, że sam ruch robaczkowy jelit jest za słaby, aby mógł spowodować skręcenie. Gdyby przyczyną skręceń był sam ruch robaczkowy jelit, to zdaniem mojem skręcenia musiałyby daleko częściej występować. Zdaje się jednak prawdopodobnem, że ruch robaczkowy i wypełnianie się jelit, wywierając pewien wpływ na położenie guza, mogą wśród pewnych warunków ułatwić powstanie skręcenia.

Olshausen, Schauta, Martin utrzymują, że niejednostajny rozrost guzów jajnikowych ma wpływ na powstanie skręceń, za tem zdaje się przemawiać i nasza statystyka, która wykazuje, że guzy jajnikowe, rozrastające się niejednostajnie, częściej ulegają skręceniu, niż zwykłe torbiele jajnikowe jednokomorowe, wypełnione jednolicie płynem i rozrastające się zupełnie jednostajnie.

Klob, Thorn i Aronsohn uważają za przyczynę skręceń zmiany w pojemności pęcherza przy wypełnianiu i opróżnianiu się jego, Fränkel i Cario nagłe i silne zadziałanie tłoczni brzusznej, Fritsch i Schultze zmianę w położeniu ciała.

Znane są przypadki, gdzie skręcenie wystąpiło po nakłóciu guza (Thornton, Malins), jakoteż przy nieoględnem badaniu ginekologicznem (Fränkel, Pfannenstiel).

Opadnięcie macicy ma sprzyjać powstawaniu skręcenia (Martin, Fränkel); z siedmiu jednak naszych przypadków, w których, obok guza jajnikowego, było wypadnięcie macicy, w żadnym skręcenie nie wystąpiło.

Długa szypuła i większa ruchomość guza ułatwiają powstanie skręcenia.

Że ciąża i połóg mają niewątpliwy wpływ na powstawanie skręceń, jak to przeważna część autorów utrzymuje, potwierdza i nasza statystyka. Na ośm przypadków guzów jajnikowych u ciężarnych, w pierwszych czterech miesiącach ciąży, były trzy przypadki skręcenia (37·5%), w siedmiu przypadkach skręcenie na pewne powstało w połogu i to raz bezpośrednio po porodzie, sześć razy w pierwszych tygodniach połogu. Tak, że na 36 przypadków skręceń, 10 powstało w ciąży i połogu (20·8%). Ciąża więc i połóg stwarzają korzystne warunki dla powstawania skręcenia zdaje się przez to, że w tych warunkach następuje ciągła zmiana w położeniu i większa ruchomość guza.

U jednej z naszych chorych przyczyną skręcenia było energiczne masowanie brzucha, dokonywane przez babkę, podczas tego bowiem wystąpiły objawy skręcenia. Kilka pacyentek podawało, że pierwsze objawy skręcenia wystąpiły podczas pracy, przyczem prawdopodobnie do wystąpienia skręcenia przyczyniły się z jednej strony zmiana postawy ciała i silniejsze zadziałanie tłoczni brzusznej. Że zmiana postawy ciała może wpłynąć na wystąpienie skręcenia, to miałem się sposobność przekonać u pewnej chorej w praktyce

prywatnej. Pacyentka zupełnie zdrowa, nie wiedząca nic o istnieniu guza, podczas gry towarzyskiej przechyliła się mocno ku przodowi i dołowi, przyczem nagle dostała bardzo gwałtownych boleści w następstwie jednorazowego skręcenia torbiela jajnikowego, co podczas operacyi stwierdzonem zostało.

Najprawdopodobniej przyczyny skręceń mogą być rozmaite i zdaje się, że obok właściwych przyczyn, które w danej chwili sprowadzają skręcenie, np. zmiana w położeniu ciała, nagłe zadziałanie tłoczni brzusznej, odgrywają pewną rolę okoliczności, które ułatwiają powstanie skręcenia, jak ruch robaczkowy jelit, niejednostajny wzrost guza etc.

W przeważnej ilości przypadków ulegają skręceniu guzy średnich rozmiarów, jakkolwiek i guzy bardzo duże mogą się skręcić. Z naszych przypadków największy guz, który uległ skręceniu o $1^1/_2$ raza, ważył 13,500 grm. Martin spostrzegał dwa razy skręcenie guza, ważącego 18 klg., a Stansbury 21 klgr.

W skład szypuły guzów jajnikowych, która ulega skręceniu, wchodzi więzadło jajnikowo *(lig. ov. proprium)*, górna część więzadła szerokiego i prawie zawsze trąbka. Z naszych przypadków w jednym tylko trąbka nie brała udziału w skręceniu; był to torbiel skórzasty jajnika lewego, skręcony o 180°.

(Dokończenie nastąpi).

II. O leczeniu poddawaniem (sugestyą) przewrotnego popędu płciowego u mężczyzn.

Podał
Dr. Mieczysław Switalski
praktykant kliniki psychiatrycznej prof. dra Kraft-Ebinga w Wiedniu.

W *Centralblatt für Neur. u. Psych.* z lutego b. r. podaje prof. Bechterew z Petersburga dwa przypadki przewrotnego popędu płciowego, które leczył z dodatnim skutkiem w swej klinice poddawaniem (sugestyą) w śnie hipnotycznym. W obydwu razach chodziło o osobniki dziedzicznie obciążone, które od dzieciństwa zdradzały zboczenie w sferze popędu płciowego i oddawały się bardzo długo samogwałtowi. W pierwszym przypadku, bardzo ciężkim, po czterokrotnem zastósowaniu poddawania nastąpiło osłabienie przewrotnego popędu płciowego. Pacyent zaprzestał zupełnie samogwałtu, lecz dalsze leczenie było niemożebnem z powodu wyjazdu tego pacyenta.

Drugi przypadek, leczony w klinice B. przez dra Apopenkę i Laruskiego, od stycznia do kwietnia, dał znacznie lepszy wynik. Już po pierwszym posiedzeniu zaprzestał pacyent samogwałtu, a następne miały ten skutek, że chory opuścił klinikę zupełnie uleczony ze swego zboczenia.

Nawiązując do powyższego sprawozdania zamierzyłem opisać podobny przypadek, uleczony również poddawaniem (sugestyą), który miałem sposobność spostrzegać w klinice psychiatrycznej prof. dra Kraft-Ebinga w Wiedniu.

Grzegórz C., agent handlowy, stanu wolnego. Rodzice chorego mieli być zupełnie zdrowi, pomarli w podeszłym wieku. O stanie zdrowia rodzeństwa bliższych szczegółów chory podać nie umie. Jeden z braci ojca był umysłowo chory. Pacyent rozwijał się prawidłowo, chorób nie przechodził żadnych, z wyjątkiem wrzodu miękiego przed dwunasty laty; od dzieciństwa cierpi na bóle głowy. Spółkować zaczął w szesnastym roku życia, a przytem oddawał się miernie samogwałtowi. W stosunkach płciowych z kobietami zachowywał się zupełnie prawidłowo aż do roku 1896. W tym to roku poznał pacyent kantorzystę L. i zawarł z nim bliższą znajomość; od tego czasu datuje się przewrót w życiu płciowem C. Tracił on coraz bardziej pociąg do stosunków płciowych z kobietami, a natomiast odczuwał skłonność do L. Pacyent zaczął nawiedzać raz w tygodniu L. w jego pomieszkaniu i tam zaspakajali C. i L. wzajemnie popęd płciowy w sposób nienaturalny (*Masturbatio, coitus inter femora, immissio penis in os*). Z powodu podejrzenia o pederastyę zostali obaj zaaresztowani i osadzeni w więzieniu śledczem w Wiedniu; na podstawie jednak orzeczenia lekarskiego, że obaj cierpią na przewrotny popęd płciowy, zostali od odpowiedzialności uwolnieni. W dwa dni po wyjściu z więzienia zjawił się pacyent w biurze lekarzy sądowych i z płaczem żalił się, że nie może się pozbyć uczucia do L. i jest w nim zakochany. W następnych dniach był C. kilkakrotnie u L. z żądaniem odnowienia dawnych stosunków; kiedy jednak ten odmawiał zadość uczynienia żądaniu pacyenta, popadł C. pewnego razu w rozdrażnienie i groził L. zabójstwem. L. doniósł o pogróżkach i natręctwie pacyenta policyi i ta zaaresztowała go 19-go listopada 1898 roku. Na podstawie nowego orzeczenia lekarskiego został pacyent odesłany do kliniki psychiatrycznej »jako człowiek niezupełnie umysłowo prawidłowy i dla otoczenia niebezpieczny«.

Status psychicus 26 I. 1899. Pacyent przychodzi zupełnie swobodnie do kliniki, jest pooryentowany co do miejsca i czasu. Dlaczego został oddany do kliniki psychiatrycznej, wie dokładnie; stan jednak, w którym się znajduje, nazywa »niezwykłym«. Nie zdaje sobie z tego dokładnie sprawy. Nie zdradza żadnych zboczeń inteligencyi. Swego stosunku do L. nie nazywa miłośnym, ale sądzi, że jest to zwykłe przywiązanie. Z dalszych jednak pytań okazuje się, że pacyent symuluje i przyznaje w końcu, że kocha L. On włada wszystkiemi jego uczuciami i jego wolą, mógłby z nim zrobić, coby chciał. Pacyent oświadcza, że chciał nie raz zerwać stosunek ze swoim partnerem, spotykał go bowiem często z dziewczętami i był o niego zazdrosnym, a nadto L. wyzyskiwał go materyalnie; ale przywiązanie i miłość, które czuł do tego człowieka, niepozwalały mu uczynić stanowczego kroku. W listach, które pacyent pisał do L., przebija się miłość; nazywa go: »najdroższym przyjacielem«, »aniołem stróżem«, »czemś najdroższem na ziemi«, »swojem bóstwem«. W roku 1896 i 1897 wiódł proces ze swem rodzeństwem o spadek, który nie wypadł po jego myśli, zawiódł jego oczekiwania i wywarło to na niego bardzo przygnębiające wrażenie. Od tego czasu nadużywa pacyent napojów wyskokowych. Często myślał o samobójstwie. Od czasu poznania się z L. zaprzestał stosunków płciowych z kobietami i odczuwa do nich pewną odrazę. Przyznaje sam, że od czasu, kiedy poznał L., nastąpiła w nim jakaś zmiana, której określić nie umie. Skarży się na brak snu, uczucie ucisku w prawej połowie głowy, upośledzenie pamięci, uczucie niepokoju i bicie serca, zresztą czuje się zupełnie zdrowy.

Status somaticus. Chory wzrostu średniego, dobrze odżywiony. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych zboczeń. Czaszka symetryczna, $55^1/_2$ ctm. obwodu. Na czole, po stronie prawej, poniżej granicy włosów, blizna wielkości dziesięciu halerzy, przesuwalna ponad kością (po urazie w dzieciństwie). Drżenie rąk, języka i powiek. Źrenice miernie szerokie, oddziałują na wszystkie bodźce. Odruchy kolanowe miernie zwiększone. Czynność serca przyśpieszona, tętno 108. Podczas całego badania pacyent jest silnie zarumieniony, wogóle przedstawia bardzo znaczną pobudliwość naczyniową.

28. I. Pacyent z sali mężczyzn przeniesiony został do separatki na oddział kobiecy. Od czasu pobytu w klinice śpi lepiej.

31. I. Pierwsza próba hipnozy. Pocieranie czoła ręką i poddawanie snu nie sprowadza pożądanego skutku; dopiero po dłuższym patrzeniu na przedmiot świecący (metalowa nasada ołówka) w odległości 15 ctm. i kilkakrotnem potarciu czoła ręką, następuje sen. Poddanie snu, trwającego jedną godzinę.

1. 2. i 3. II. To samo postępowanie wywołuje coraz prędszy sen. Pacyent cieszy się obietnicą, że zostanie uleczony ze swego zboczenia.

4. 5. 7. i 8. II. W śnie hipnotycznym, który już teraz bardzo prędko występuje, poddawanie przeciw samogwałtowi, uczuciu do L., przeciw przewrotnemu poczuciu płciowemu.

9. II. Pacyent oświadcza, że nie czuje żadnego pociągu płciowego do mężczyzn. Pociąg, który czuł do L., znacznie osłabiony.

10. 11. 12. i 13. II. Hipnoza z poddawaniem tej samej treści, co poprzednio, a nadto przeciwko używaniu napojów wyskokowych.

14. II. Pacyent oświadcza, że nie odczuwa żadnej skłonności do L., jest on mu zupełnie obojętnym.

Do 20. II. pozostawał chory na oddziele kobiecym, codziennie był hipnotyzowanym, a treść poddawania była jak dni poprzednich. Wobec tego, że można było przypuszczać, iż otoczenie mężczyzn nie wywrze na pacyenta ujemnego wpływu, przeniesiony został do sali mężczyzn. Tutaj zachowuje się zupełnie prawidłowo, w stosunkach z chorymi nie przedstawia nic szczególnego. Na kilkakrotne zapytania, czy mężczyźni nie działają na jego sferę płciową, daje odpowiedź przeczącą. Dotychczasowe swoje postępowanie nazywa niemoralnem, ohydnem i czuje do niego wstręt.

26. 27. i 28. II. Hipnoza z poddawaniem treści, jak poprzednio.

3. III. Pacyent, zapytany, jakby postąpił, gdyby L. starał się o nowe nawiązanie stosunków, odpowiada, że nie dałby się do tego nakłonić; a gdyby ten był zanadto natrętnym, użyłby pośrednictwa policyi. Po wyjściu ze szpitala zamierza się ożenić. Do stosunków płciowych z mężczyznami odczuwa wstręt, ma silne postanowienie nie używać napojów wyskokowych.

Wobec tego, że pacyent od dwóch tygodni nie zdradzał żadnych zboczeń w sferze popędu płciowego i zachowywał się zupełnie prawidłowo w towarzystwie mężczyzn, opuścił klinikę dnia 7 marca, jako uleczony.

W tym przypadku mamy do czynienia z nabytym przewrotnym popędem płciowym, na powstanie którego złożyło się wiele przyczyn. Osobnik, którego układ nerwowy *a priori* był mniej odpornym, uległ w dzieciństwie szkodliwemu wpływowi urazu głowy, który jeszcze bardziej zmniejszył odporność układu nerwowego. Na pacyenta działały w dalszem jego życiu coraz to nowe szkodliwości (samogwałt, niepomyślny wynik procesu), następstwem których była neurastenia, objawiająca się: upośledzeniem pamięci, biciem serca, niespokojnym i niedostatecznym snem i t. d. W ostatnich czasach dołącza się szkodliwe działanie wyskoku; największy nacisk muszę położyć na wpływ tej ostatniej szkodliwości i samogwałtu. Praktykowany od szesnastego roku samogwałt zwiększał z jednej strony neurastenię, a z drugiej działał szkodliwie na sferę płciową. Wyskok, używany często w nadmiernej ilości, zwiększał popęd płciowy i wywołał w końcu przeczulicę (hiperestezyę) płciową. Tak przygotowany, pacyent poznał L., cierpiącego na przewrotny popęd płciowy. Stosunki przyjazne zmieniły się w ściślejsze tem bardziej, że L. do nich namawiał. Jak silnie w krótkim czasie rozwinęło się u naszego pacyenta zboczenie, o którem mowa, dowodzi ta okoliczność, że żadnego dodatniego wpływu nie wywarło na niego uwięzienie, śledztwo i kilkomiesięczne niewidzenie się z L.

Wobec bezsilności każdej terapii, stosowanej w tego rodzaju cierpieniach, ostatnią ucieczką była próba leczenia poddawaniem (sugestyą) w śnie hipnotycznym. Temu też postępowaniu zawdzięcza chory uleczenie zboczenia, które go stawiało w kolizyę wobec prawa i społeczeństwa.

Jakkolwiek nie można poddawania uważać za pewny środek przeciwko zboczeniom w sferze płciowej we wszystkich zgoła przypadkach, gdzie one istnieją, nie ulega jednak wątpliwości, że w wielu razach można niem osiągnąć dodatni rezultat. Długotrwałość leczenia zależną będzie od ciężkości danego przypadku i zdolności pacyenta, z jaką przyjmuje poddawanie. Niestety, chorzy ci trudni są do hipnotyzowania, tak samo jak neurastenicy i histerycy. Przyczyny tego szukać należy prawdopodobnie w tem, że ludziom tym bardzo jest trudno w dostatecznym stopniu skupić uwagę, która jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia snu hipnotycznego.

Przy pierwszych posiedzeniach powinniśmy się ograniczyć do osiągnięcia możliwie głębokiej hipnozy, po której polecamy choremu spać jakiś czas. Treść poddawania powinna być w pierwszym rzędzie skierowaną przeciw samogwałtowi, przeciw przewrotnemu poczuciu płciowemu i używaniu napojów wyskokowych. Zakończenie każdorazowego posiedzenia stanowi polecenie snu jednogodzinnego z przyjemnem obudzeniem się.

Postępowanie to z bardzo dodatnim skutkiem połączyć można z leczeniem ogólnem. Powinniśmy się przedewszystkiem starać o dobre odżywienie pacyenta. Dyeta powinna być pożywna, lekkostrawna. Napojów wyskokowych należy zupełnie unikać. Ruch na świeżem powietrzu i gimnastyka szwedzka są bardzo wskazane. Do osiągnięcia dostatecznego snu, gdzie tego zachodzi potrzeba, dopomogą nam środki nasenne, jak: trional, paraldehyd, amylenhydrat, bromidia i t. d. Jako leki skrzepiające, oddają dodatnie usługi: arsen, żelazo, przetwory fosforowe i inne. Kąpiele letnie, około 27° R., zimne nasiadowe, zmywania całego ciała zimną wodą, należy też czasami zalecić. U chorych, którzy często miewają polucye, polecimy sole bromowe *(camphor. monobr.)*, lupulinę, kodeinę i t. d. Całe leczenie najlepiej da się przeprowadzić w zakładzie leczniczym.

Jeżeli udało się nam chorego uleczyć, to niepowinniśmy nigdy zapominać o możności nawrotu zboczenia, którego powtórne usunięcie sprawi nam większe trudności. Nawrót jest prawie pewny w tych razach, gdzie pacyent nie usunie się ze swego dawnego towarzystwa i jeżeli będą na niego działać te same szkodliwości, które dały powód do powstania zboczenia. Wyskok jest pierwszym czynnikiem, torującym do tego drogę. W przypadkach, gdzie pacyentowi danem jest wstąpić wkrótce po odbytem leczeniu w związki małżeńskie z sympatyczną mu osobą, będziemy mieli większą pewność, że uleczenie jest stałe. Lepsze również rokowanie dają przypadki nabytego zboczenia i to o tyle, o ile wystąpiły w późniejszych latach, aniżeli te, w których przewrotny popęd płciowy jest zboczeniem wrodzonem.

III. Wielokrotny gruczolak żołądka *(Adenocarcinoma multiplex ventriculi)* w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej *(Anaemia perniciosa progressiva)*.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz

prymaryusz.

(Dokończenie).

Jak widzimy, przypadek nasz chorobowy zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie. Oględziny pośmiertne, prócz zmian chorobowych, uwzględnionych w naszem klinicznem rozpoznaniu, wykazały po jednem ognisku gruźliczem w szczytach płucnych, przeważnie w całości zwapniałem, dochodzącem wielkości fasoli i grochu, wiotkie końcowe zapalenie dolnego płatu płuca prawego, bardzo nieznaczne świeże zmiany ogniskowe na zastawce dwudzielnej, jeden zawał (infarkt) w śledzionie, tudzież wielokrotne wyrośle brodawkowate, szypułkowate, w żołądku.

Wszystkie te jednak zmiany chorobowe, — zdaniem naszem, prócz gruczolakowych tworów w żołądku, mało-

znaczące, — nie mogły za życia być rozpoznane, skoro w ostatnich pięciu tygodniach nie było ani gorączki, ani właściwych wybitnych cech klinicznych. Obrzęk bowiem wątroby i śledziony odnosiliśmy do niedomogi mięśnia sercowego i następowego zastoju żylnego (sekcya wykazała stłuszczenie mięśnia sercowego); szmery nad ujściami — do znacznej niedokrewności (sekcya stwierdziła świeże nieznaczne brodawkowate wyrośle na zastawce dwudzielnej); zmiany w dolnych częściach płuc, zwłaszcza w prawem płucu, — do ucisku przez ciecz przesączynową w jamach opłucnowych (chory leżał przeważnie na boku prawym); wyrośle zaś kalafiorowate, uszypułkowane, usadowione na wązkiej szypułce na przedniej ścianie żołądka blisko dna, tudzież na dnie i tylnej ścianie żołądka w okolicy wpustu, przy braku rozpadu a obecności ustawicznych biegunek — jakby cholerycznych, — usuwały możność rozpoznania klinicznego nowotworu. Nasuwa się atoli pytanie, ażali w naszym przypadku, wobec stwierdzenia gruczolaków złośliwych w żołądku, niedokrewność miała rzeczywiście charakter wtórorzędny, czy też pierwotny ze stanowiska klinicznego?

Aby na to pytanie odpowiedzieć, musimy bliżej rozpatrzeć się w istocie niedokrewności złośliwej postępowej ze stanowiska klinicznego i anatomicznego.

Jak już na samym wstępie zaznaczyłem, pojęcie sprawy chorobowej, zwanej niedokrewnością złośliwą postępową, nie jest jeszcze ściśle określone: — bądź co bądź jest ono właściwie poniekąd tylko kliniczne. Anatom patologiczny go nie uznaje, gdyż stwierdzić tylko może na stole sekcyjnym objawy znacznej niedokrewności *(anaemia permagna, gravis)* zarówno w przypadkach niedokrewności złośliwej postępowej, gdzie za życia istniał typowy obraz kliniczny, jak i w przypadkach niedokrewności złośliwej wtórorzędnej, np. po krwotokach, rakach etc. Ztąd też Birch-Hirschfeld (XI. Kongres dla medycyny wewn. 1892) uważa wszelką cięższą niedokrewność jako sprawę pierwotną chorobową i nie podziela zapatrywania niektórych, aby tylko w tych przypadkach rozpoznawać niedokrewność złośliwą postępową, w których dla niedokrewności nie można wykazać na stole sekcyjnym żadnego czynnika etyologicznego. Według niego wszelką niedokrewność, jakiekolwiek byłoby jej tło, należy uważać za ciężką, pierwotną, skoro wśród niej występuje zwyrodnienie i zmniejszenie się ilości erytrocytów, a następnie rozpad białka i stłuszczenie różnych narządów wewnętrznych, zwłaszcza mięśnia sercowego, przyczem prawdopodobnie zwiększony rozpad ciałek czerwonych przy niedostatecznej ich odnowie stanowi główną istotę chorobową. Zalicza tu zatem wszystkie niedokrewności wywołane przez częste krwotoki, zaburzenia w przewodzie pokarmowym, czerwie jelitowe, sprawy zakaźne, kiłę, zakażenie zimnicze, skryte (kryptogene) zakażenie i samozatrucie. Podobnie sądzą i niektórzy klinicyści. Tak np. Strauss: Demonstration eines Falles v. perniciöser Anämie mit Magen-Rückenmarcks-erscheinungen. *(Berl. kl. Woch.* Nr. 51, r. 1898) utrzymuje, iż odgraniczenie ścisłe pojęcia niedokrewności złośliwej postępowej jest nadzwyczaj trudne i że takowa przez różne czynniki etyologiczne może być wywołane. Według Straussa może być niedokrewność złośliwa postępowa i wtórorzędną, zwłaszcza np. przy zadziałaniu czerwiów. Twierdzenie zaś to opiera na tem, iż często objawy kliniczne za życia były ujemne, a anatom patologiczny przy oględzinach pośmiertnych przychyla się do rozpoznania niedokrewności złośliwej postępowej w znaczeniu klinicznem; na odwrót spostrzegano klinicznie typowe przypadki niedokrewności złośliwej postępowej z charakterystycznym obrazem mikroskopowym krwi (giganto-blasty), które zostały później wyleczone. I tak np. w przypadku Askenazyego, spostrzeganym klinicznie zarówno i przez Ehrlicha, w przebiegu ciężkiej niedokrewności, wywołanej obecnością tasiemca szerokiego *(botryocephalus latus)*, krew okazywała pierwotnie obraz właściwy niedokrewności złośliwej postępowej, t. j. megaloblasty, po spędzeniu zaś tasiemca znikły we krwi megaloblasty, wystąpiły normoblasty i niedokrewność rychło została wyleczoną. Toż też według Lazarusa, Ehrlicha, Zinna rozróżnianie postaci niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej a wtórorzędnej niema dziś ścisłego znaczenia, skoro różne czynniki chorobotwórcze są w stanie wywołać *A. perniciosa progressiva.*

Inni natomiast klinicyści kładą główny nacisk, co do rozpoznawania niedokrewności złośliwej postępowej, na obraz mikroskopowy krwi. Według nich wtedy mamy do czynienia z rzeczywistą niedokrewnością złośliwą postępową, gdy we krwi znajdują się tak zwane megaloblasty. Ehrlich jest twórcą tego kryteryum. Ale i pod tym względem istnieją różnice w zapatrywaniach. I tak Zinn, *(Berl. klin. Woch.* Nr. 51, 1898), przytaczając wspomniany przypadek Askenazyego, sądzi, że w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej we krwi znajdować się mogą obok gigantoblastów i normoblasty i to w tym okresie, gdy krew odzyskuje prawidłowy typ odrodczy. Obraz zatem mikroskopowy krwi, w którym napotykamy gigantoblasty obok normoblastów, nie wyklucza rozpoznania złośliwej niedokrewności postępowej żadną miarą; on wskazuje tylko na dążność do wyleczenia. Wyleczone są te przypadki, w których usuwamy przyczynę, n. p. czerwie; podczas gdy w przypadkach ciemnych co do etyologii, leczenie przeważnie bezskuteczne i bezsilne. Według niego w obu gromadach obraz kliniczny i mikroskopowy ten sam, tylko zejście z wyż wymienionych przyczyn różne. Podobnie Lazarus przyjmuje gigantoblasty i normoblasty, a Ehrlich i Laache czynią niekorzystne rokowanie zależnie od gigantoblastów. Michaelis *(Berl. klin. Woch.*, Nr. 51, r. 1898) zaś żąda, aby we krwi znajdowały się w niedokrewności złośliwej postępowej poikilocyty i gigantoblasty, ale bez normoblastów, skoro wypowiada: „Diese Diagnose (A. perniciosa progr.) können wir nur stellen, wenn wir nur die Gigantoblasten sehen und keine sonstigen kernhaltigen rothen Blutkörperchen Normoblasten gefunden haben. Da wo wir nur Gigantoblasten haben und nicht daneben noch Normoblasten, die noch ein Zeichen der Regenerationsfähigkeit des Blutes sind, können wir die Diagnose perniciöser Anämie stellen. In allen Fällen hingegen, wo wir Normoblasten haben, kann der Krankheitsprocess noch zur Heilung kommen".

Zdaniem Grawitza z samego obrazu mikroskopowego we krwi nie można stawiać rozpoznania klinicznego niedokrewności złośliwej postępowej, gdyż wspomniane postacie morfologiczne erytrocytów we krwi wydarzają się nietylko w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej, ale i w przebiegu innych niedokrewności. Na dowód swego twierdzenia przytacza Grawitz, iż w 2 przypadkach niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej, zakończonych śmiercią, nie znalazł, pomimo skrzętnego poszukiwa-

nia, megaloblastów. Tożsamo podnosi Jacob, Engel, (Die Zellen des Blutes und der Bildungsorgane bei der perniciösen Anämie verglichen mit denen menschlicher Embryonen. *Congress f. innere Medicin. Wiesbaden 1898)* i inni, iż w niektórych przypadkach niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej brak megaloblastów we krwi. Według np. Engla nie megaloblasty, ale makrocyty i to pochłaniające barwik pomarańczowy (orangophile) są charakterystyczne dla niedokrewności złośl. postępowej, gdyż one bezpośrednio powstają z wielkich komórek pochłaniających barwik pomarańczowy, a w szpiku kostnym się znajdujących. Jakób i Moxter (Ueber Rückenmarksveränderungen bei perniciöser Anaemie. *Berl. kl. Woch.* Nr. 33, r. 1898) zauważyli w 6 przypadkach niedokrewności złośliwej postępowej zawsze odrębny obraz mikroskopowy krwi.

Że teorya Ehrlicha, jakoby obecność gigantoblastów wpływała na niekorzystne rokowanie w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej, nie zawsze zyskuje potwierdzenie, dowodzi tego, oprócz przypadku Askenazyego, już przytoczonego i przypadek Straussa, gdzie pierwotnie we krwi był brak megaloblastów i normoblastów, później zaś takowe tylko na krótki czas wystąpiły, aby następnie zupełnie zniknąć; przyczem stan chorego pacyenta uległ znacznej poprawie.

Odrębne stanowisko zajmuje Grawitz. (Ueber Begriffsbestimmung, Ursachen und Behandlung der progressiven perniciösen Anämie. *Berl. klin. Woch.* 32, r. 1898). Grawitz uważa niedokrewność złośliwą postępową jako objaw chorobowy, którego przyczyna jest różna. Według Grawitza zmiany we krwi w niedokrewności złośliwej postępowej wynikają z istotnego chorobliwego zaburzenia ciałek krwi, a nie są częściowym objawem wzmożonego ogólnego rozpadu materyi, gdyż na podstawie badań Noordena nie idzie o ogólny nieprawidłowy rozpad materyi, skoro tłuszczowa podściółka jest utrzymana; nieprawidłowy ogólny rozpad materyi występuje natomiast przy wtórorzędnych niedokrewnościach. Istota niedokrewności złośliwej postępowej leży zdaniem Grawitza w trwałem wadliwem tworzeniu się krwi — i znajduje swój wyraz w następującem określeniu: „Der principielle Unterschied der perniciösen progressiven Anämie gegenüber anderen schweren Anämien liegt meines Erachtens überhaupt nicht im Blutbefunde, auch nicht so sehr in der Verschiedenheit der ätiologischen Momente, sondern wesentlich im klinischen Verlaufe. Es lassen sich in den einzelnen Fällen von progressiver perniciöser Anämie bei sorgfältigem Nachforschen fast immer schädigende Momente nachweisen, welche die Entwickelung einer Anämie hervorgerufen haben können; das eigentliche Charakteristische dieser Krankheit aber ist, dass die Anämie nicht ohne Weiteres durch regenerative Processe in den blutbildenden Organen beseitigt wird, wenn das anämisirende Moment beseitigt ist, wie wir es selbst bei schweren Carcinomanämien sehen, wenn z. B. das Pyloruscarcinom exstirpirt ist, oder wenn z. B. bei einem Anchylostomumkranken die Würmer abgetrieben werden, dass vielmehr nach der Beseitigung der Ursache die fehlerhafte Richtung in der Blutbildung bestehen bleibt, die sich in ungenügender Neubildung krankhafter Zellen vielleicht auch dauernd vermehrten Untergange derselben äussert. Es handelt sich demnach bei der progressiven perniciösen Anämie um eine krankhafte Zelltätigkeit, welche mit derjenigen bei anderen Stoffwechselkrankheiten, wie Diabetes und Fettsucht besonders das Gemeinsame hat, dass die Zellbildung mit grosser Hartnäckigkeit in der fehlerhaften Richtung beharrt.

Hält man an dieser durch die klinische Beobachtung begründeten Definition der progressiven Anämie fest, so ergiebt sich, dass man bei einmaliger Untersuchung nicht ohne Weiteres entscheiden kann, ob ein Kranker an dieser oder jener Form schwerer Anämie leidet. So kann z. B. eine Botryocephalusanämie sich als einfache secundäre Anämie darstellen, wenn die pathologische Blutmischung nach Abtreibung des Wurmes ohne Weiteres zur Norm zurückkehrt; sie kann aber trotz der Abtreibung noch lange Zeit bestehen bleiben, oder sogar zum Tode führen, wo die Blutbildung in fehlerhafter Richtung beharrt, eine wahre progressive Anämie vor sich hat".

Różne są zapatrywania i co do etyologii niedokrewności złośliwej postępowej. Grawitz odnosi powstawanie do: 1) zaburzeń długotrwałych w trawieniu, zwłaszcza zaparcia stolca, przewlekłych nieżytów żołądka i kiszek (doświadczenia Sandoza i Huntera); 2) ciąży, 3) ciągłych krwotoków, 4) kiły ustrojowej (kiły kości), 5) wpływów szkodliwych wskutek wadliwego przewietrzania, 6) zatruć gazami i 7) ezerwiów; Hanseman: *(Berl. klin. Woch.* Nr. 32, r. 1898) do przewlekłego zatrucia morfiną, ołowiem; Jacob i Moxter: do raka, kiły i t. d. nadmieniając, że kiła i rak są tylko czynnikami usposabiającymi do wystąpienia ciężkiej choroby krwi. Według nich, jeśli jakie przypadki niedokrewności są uznane za wtórorzędne, bo prawdopodobna przyczyna ich znana, to wątpliwy jest przyczynowy ich związek, gdyż tylu ludzi przebywa n. p. kiłę, a nie przychodzi u nich do niedokrewności złośliwej; natomiast znów, po wyleczeniu kiły, nie usuwa się niedokrewności złośliwej postępowej. Śmierć nastaje nie z powodu niedokrewności, lecz z powodu jeszcze nieznanej jej przyczyny.

Także i wyniki oględzin i badań anatomicznych nie są zgodne. I tak Lazarus (*Berl. klin. Woch.* Nr. 36. r. 1898) podnosi, iż utkanie płodowe szpiku w kościach długich, przy obecności megaloblastów we krwi, wydarza się tylko w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej, a nigdy wtórorzędnej, choćby najcięższej. W najnowszych czasach Hansemann *(Berl. klin. Woch.* Nr. 32, r. 1898) (w 22 przyp.) i Jürgens *(idem)* (w 1 przyp.) zwrócili uwagę na zanik pierwotny gruczołów błony śluzowej żołądka, a w ogóle całej ściany *(Anadenia)* bez rozwoju tkanki łącznej, podczas gdy Ewald (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 36) (w 6 przyp.) stwierdził znów zanik gruczołów przy zwyrodnieniu włóknistem ściany żołądka w niedokrewności pierwotnej postępowej.

Wracając do naszego przypadku, nie możemy zaprzeczyć, iż tak przebieg kliniczny, jak i obraz drobnowidowy krwi odpowiadał zupełnie, zgodnie z zapatrywaniami przeważnej liczby klinicystów, niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej. Można bowiem było zauważyć zbiór przypadków chorobowych charakterystyczny dla niedokrewności Biermera prawie we wszystkich szczegółach, skoro w czasie spostrzegania klinicznego nie stwierdzono jedynie tylko wynaczynień, który to objaw jednak nie jest stały; a i krew okazywała wszelkie cechy, bo obecność poikylocytów, zwłaszcza megaloblastów i makrocytów. Tak więc i warunek wymagany przez Ehrlicha, t. j. pojawienie się we krwi me-

galoblastów, a według Engla — makrocytów, konieczny do rozpoznania pierwotnej niedokrewności złośliwej postępowej — był utrzymany. Natomiast przy sekcyi znaleziono w żołądku wielokrotny gruczolak złośliwy, która to okoliczność znów przemawiałaby za niedokrewnością wtórną.

Zważywszy atoli rzecz bliżej, nie możemy się zgodzić, abyśmy z powodu gruczolaka złośliwego wielokrotnego w żołądku nie mieli w danym przypadku do czynienia z niedokrewnością pierwotną postępową, lecz z wtórną. Pierwotnie bowiem i to przez dłuższy czas, — jak za tem przemawia badanie drobnowidowe, — wyrośle okazywały charakter zupełnie dobrotliwy zwykłych gruczolaków i dopiero na bardzo krótki czas przed zejściem śmiertelnem do dobrotliwej sprawy nowotworowej przyłączyła się sprawa złośliwa, t. j. tworzenie się ognisk rakowych. W protokóle bowiem sekcyjnym na odpowiedniem miejscu czytamy: „Badanie drobnowidowe wyrośli nowotworowych w żołądku wykazuje utkanie gruczolaka *(adenoma)*; w głębszych częściach nowotworu gdzieniegdzie przybłonek, wyścielający nowowytworzone gruczoły, staje się wielowarstwowym, tworzy tu i owdzie pasma, łączące przeciwległe ściany gruczołów, a nawet jednolite ogniska rakowe. W powierzchownych częściach nowotworu w świetle nowowytworzonych gruczołów w wielu miejscach nagromadziły się leukocyty; znajdują się one również gdzieniegdzie, dość zrzadka rozrzucone, w podścieliskowej tkance łącznej nowotworu. Błona śluzowa żołądka. nie zajęta nowotworem, okazuje nadmierny rozwój tkanki łącznej międzygruczołowej i zanik gruczołów".

Okoliczność ta dowodzi, iż w myśl teoryi Rokitańsky'ego, na tle nowotworu dobrotliwego, rozwijać się począł w sprzyjających warunkach nowotwór złośliwy. Przemawia za tem w danym przypadku i zachowanie się krwi, skoro krew badana na dniu 10/12 i 21/12 1898 r. wykazywała megaloblasty i leukopenję, a na 7 dni przed śmiercią leukocytozę. Wszyscy bowiem dotychczasowi autorowie zgadzają się, że w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej na szczycie choroby istnieje leukopenia, — jak również, że w przebiegu raka żołądka występuje zawsze leukocytoza. Zdaniem naszem zatem, zmiany przewlekłe w przewodzie pokarmowym w postaci zwyrodnienia włóknistego błony śluzowej żołądka (i zaniku gruczołów), które w niektórych miejscach przybrało charakter wybujałości polipowatych — i zaniku błony śluzowej jelit, wywołały niedokrewność złośliwą postępową, a następnie i zniesienie równowagi fizyologicznej tkanek i dopiero, wskutek tej niedokrewności złośliwej postępowej i zniesionej równowagi fizyologicznej tkanek, komórki przybłonkowe gruczolakowe poczęły w częściach podstawowych bujać i tworzyć zawiązek ognisk rakowych. W zapatrywaniu naszem, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia rzeczywiście z pierwotną niedokrewnością złośliwą postępową, utwierdza nas i obecność szpiku płodowego w kościach długich, co według Lazarusa, wobec megaloblastów we krwi, nigdy się nie wydarza w przypadkach nawet najcięższej niedokrewności wtórorzędnej.

A skoro w naszym przypadku mamy właściwie tylko z niedokrewnością pierwotną złośliwą do czynienia, co utrzymywać jesteśmy uprawnieni po dokładnem rozważeniu, — to widzimy, jak z niedokrewności złośliwej pierwotnej może łatwo rozwinąć się niedokrewność złośliwa wtórorzędna, zarazem, jak trudne jest odgraniczenie obu tych postaci chorobowych od siebie. Nie ulega bowiem żadnej wątpliwości, iż w razie dłuższego jeszcze życia chorego byłby u niego rozwielmożnił się w całej pełni nowotwór złośliwy rakowy żołądka, z wszelkiemi następstwami. Przypadek nasz poucza, iż o niedokrewności złośliwej pierwotnej nie rozstrzyga obraz mikroskopowy krwi, ale przebieg kliniczny; u chorego naszego bowiem pod koniec życia zniknęły we krwi megaloblasty, a pojawiły się normoblasty, zwiększyła się ilość ciałek czerwonych krwi, hemoglobiny i ciężar gatunkowy krwi, czyli wystąpiły objawy, przemawiające za poprawą krwi, — a mimo to nastąpiło zejście śmiertelne. To też teorya Grawitza najlepiej nam tłómaczy istotę niedokrewności złośliwej postępowej; należałoby ją tylko zdaniem naszem o tyle rozszerzyć, iż na tle niedokrewności złośliwej pierwotnej w pewnych warunkach może się wytworzyć następowo obraz niedokrewności wtórorzędnej; że zatem ścisłe rozróżnienie kliniczne między obiema postaciami niedokrewności niekiedy się zupełnie zaciera.

IV. Wyciągi.

Schlagenhaufer. **Dwa przypadki nabłoniaka kosmówki.** *(Wiener klinische Wochsft.* 1899. Nr. 18). Złośliwy nowotwór kosmówki, noszący nazwy rozmaite, jak: *chorioepithelioma malignum, syncytioma, deciduoma* itp nietylko jest przedmiotem sporów co do swego pochodzenia i histogenezy, lecz także pod względem klinicznym niezupełnie jeszcze dokładnie jest zbadany. Z tego względu nawet odosobnione przypadki budzą wielkie zajęcie, byle były dokładnie i umiejętnie zbadane. Oba przypadki S. zasługują z tego względu, jakoteż i ze względu na szczegóły kliniczne, na uwagę. W obu przypadkach budowa nowotworów odpowiadała zupełnie nakreślonemu przez Marchanda obrazowi t. zw. nabłoniaków kosmówki. Mianowicie składały się one ze smug protoplazmatycznych, zawierających liczne jądra, podobnych ze wszechmiar do syncytium, znajdowanego w prawidłowem łożysku. Drugim składnikiem tych nowotworów są mniej lub więcej liczne, duże, wielokątne, jasne komórki z pęcherzykowatem jądrem, t. zw. komórki doczesnej (Decidualzellen). Schlagenhaufer zgodnie z Marchandem sądzi, że oba te składniki, znajdujące się zarówno w łożysku prawidłowem, jak i w nabłoniakach kosmówki (tylko w tych ostatnich w atypowym układzie) są tego samego pochodzenia; jedynie tylko rozmaitość warunków odżywienia, oraz pewnych wpływów mechanicznych, rozstrzyga, czy w tak zwanych nabłoniakach kosmówki przeważa ten lub ów z tych składników. W drugim z przypadków S. uderzającym jest tak szybki przebieg sprawy chorobowej, jakiego dotąd nigdy jeszcze nie spostrzegano mimo uznanej (a może nawet przecenianej) złośliwości nabłoniaków kosmówki. Śmierć nastąpiła tutaj w 34 dni po normalnym porodzie, w którym popłód odszedł zaraz i przedstawiał się zupełnie prawidłowo. Poprzednio urodziła ta sama osoba jedno zdrowe dziecko, niespełna zaś na pół roku przed drugą ciążą poroniła. Należy zauważyć, że już przy końcu drugiej ciąży była położnica mocno osłabioną, cierpiała na bóle w boku lewym i chwilami na duszność. W połogu zaś, oprócz tego, wystąpiła gorączka o typie ropnicowym. Sekcya wykazała: nowotwór macicy, nie przerastający jednak nawskróś jej ściany, zakrzepy w splotach żylnych macicznych składające się po części z włóknika, poczęści zaś już zorganizowane, a tylko w jednem miejscu zawierające nieco utkania nowotworowego; nadto bardzo liczne przerzuty w płucach, śledzionie, nerkach i pochwie. S. przypuszcza, że gorączka, która wystąpiła w połogu, nie była skutkiem ropnicy, gdyż badanie bakteryologiczne narządów nie wykryło żadnych bakteryi, lecz, że był to objaw przerzucania się nowotworu;

z szybkiego zaś przebiegu w połączeniu z objawami klinicznymi z końca ciąży, oraz z tej okoliczności, że popłód odszedł cały i był niezmieniony, wnosi S., że sprawa nowotworowa rozpoczęła się już w czasie ciąży, że może nawet miała swoje źródło w przebytem dawniej poronieniu. Pod tym względem zbliża się przypadek S. do przypadku Neumanna. Autor podkreśla jeszcze zupełny brak ciężkich krwotoków z nowotworu, zwykle się przydarzających, wskutek czego rozpoznanie za życia było wprost niemożebne. W każdym razie przypadek należał do tych rozpaczliwych, w których nawet najwcześniejsze rozpoznanie i najenergiczniejsze leczenie, bywają bezsilne. Jeszcze ciekawszy jest pierwszy przypadek S., nieco rozjaśniający ponure dotychczas rokowanie w nabłoniaku kosmówki. Trzydziestoośmioletnia chora, która przed $2^1/_2$ laty rodziła prawidłowo po raz czwarty, zgłosiła się 30/X 1896 r. z powodu krwotoków macicznych, trwających od dwóch miesięcy. Wywiady wykazały poronienie przed 3-ma miesiącami z zatrzymaniem cząstek jaja płodowego. Długość jamy macicy wynosiła 9 ctm. Przy przepłókiwaniu odpłynęło kilka cząstek jaja płodowego (drobnowidowo ich nie badano), a 20/XI 1896 chora opuściła szpital jako wyleczona. Długość jamy macicy wynosiła wówczas tylko 7·5 ctm. Pomyślny stan zdrowia chorej przerwały tylko krwotoki w lutym 1897, trwające przez dni 14. Dopiero od maja tegoż roku zaczęły się znów krwotoki, ale z pochwy. Przyczyną ich okazał się guz nowotworowy pochwy, który w czerwcu wyłuszczono. Przy badaniu drobnowidowem rozpoznał S., z początku błędnie, żylak. Dopiero później wykrył w guzie znamienne utkanie nabłoniaka kosmówki. Pomimo, że nie przystąpiono nawet teraz do operacyi doszczętnej, nie wystąpiły już żadne dalsze zaburzenia, a badanie podjęte w styczniu roku 1899 wykazało (zatem w trzy prawie lata po początku choroby) w narządach wewnętrznych i w narządzie płciowym stosunki zupełnie prawidłowe. Niema najmniejszej wątpliwości, jak zresztą dowodzą załączone przez S. rysunki, że rozpoznanie jego było zupełnie słuszne; usadowienie guza wskazuje, że w danym przypadku szło o przerzutowe ognisko nabłoniaka kosmówki. Cóż jednak stało się z guzem pierwotnym? Pytanie to rozstrzygnąć bardzo trudno. Niełatwo przyjąć, że pierwotny nowotwór macicy w całości został wydalony albo samoistnie lub przez łyżeczkowanie, chociaż z drugiej strony przypuszczenia tego nie można bez zastrzeżeń odrzucić. Wszak Schmorl spostrzegał przypadek nabłoniaka kosmówki, w którym przy sekcyi nie znaleziono ani śladu nowotworu, ani w macicy, ani w częściach dodatkowych, a natomiast liczne przerzuty w płucach, wątrobie, nerkach, jelicie i wreszcie w pochwie. Istnieje jednakże jeszcze druga możliwość. Pick w badaniach swoich nad łagodnym i złośliwym przerzucającym się zaśniadem groniastym, dochodzi między innymi do wniosku, że zaśniady takie mogą tworzyć przerzuty, ani histologiczną budową, ani przebiegiem klinicznym nie okazujące cech złośliwości. Zdarzyć się jednak może, że taki łagodny przerzut przeradza się w złośliwy, ale wówczas nie mamy jeszcze na tej podstawie prawa (zdaniem Picka) twierdzić, że i pierwotny zaśniad macicy był złośliwym. A więc i w swoim przypadku nie może S. odrzucić przypuszczenia, że pierwotny nowotwór macicy nietylko klinicznie, ale i histologicznie złośliwym nie był, a dopiero jego przerzut okazywał budowę uważaną dotychczas (jak się okazuje, niezupełnie słusznie) za dowód złośliwości. W każdym razie, bez względu na to, czy to, lub owo tłómaczenie jest słuszne, ten przypadek S. jest bardzo pouczający z dwóch względów. Po pierwsze wskazuje on, że nie wszystkie przypadki nabłoniaka kosmówki są tak beznadziejne i rozpaczliwe, jak dotychczas powszechnie sądzono. Powtóre stanowi on ostrzeżenie, że w podobnych przypadkach dla rokowania rozstrzygającem jest tylko wszechstronne rozważenie wszystkich objawów i oparcie się na sumie doświadczeń tak klinicznych, jakoteż i anatomicznych. Ograniczyć się tylko do obrazu klinicznego, lub też tylko do wyroku histologa, jest wielkim błędem. Sprawdza się tu zdanie Hansemanna, że „nieprawdą jest wyobrażenie, jakoby histolog posiadał wszechmocną władzę odgadywania, czy pewne nowotwory klinicznie są złośliwe lub nie“. I drobnowidowe bowiem badanie dostarcza w niektórych razach danych tylko do pewnych granic. Byłoby bardzo pożądanem, aby uwaga ta dostała się do szerszych kół lekarzy, gdyż wówczas uniknęliby może histologowie niejednego nieumiejętnie postawionego zapytania, na które bez znajomości dat klinicznych odpowiedź jest wprost niepodobna, a nawet z ich znajomością niezawsze możebna.

Doc. Dr. Ciechanowski.

Prof. Carl von Noorden. **Przyczynek do sprawy dyetetycznego leczenia marskości nerek.** (Odczyt [1]) wygłoszony na zjeździe niemieckich lekarzy w Karlsbadzie w r. b. *Wracz* 1899 Nr. 14). Lekarze praktyczni, wychodząc z założenia, iż wprowadzenie do ustroju znacznej ilości płynów sprzyja wydzielaniu wytworów przemiany materyi przy wszelkich sprawach zapalnych nerek, przeprowadzają częstokroć u chorych z marskością nerek systematyczne, t. z. mleczne leczenie, podając takim chorym niejednokrotnie po kilka litrów płynów dziennie. Autor i jego uczniowie (Dapper z Kissingen i Przetkowski z Warszawy, których prace rychło ukażą się w druku), przeprowadzili cały szereg doświadczeń w tym kierunku i stale otrzymywali ten sam wynik: ograniczenie ilości płynów do $1^1/_4$ litra na dobę nie zmniejsza zupełnie ilości wydzielanych najistotniejszych wytworów przemiany, ani w okresach początkowych, gdy chory czuje się jeszcze zupełnie dobrze, ani w okresie rozpoczynającego się osłabienia serca, ani wreszcie w okresie rozpoczynającej się i przewlekającej moczniсy; przeciwnie, w doświadczeniach swoich autorowie kilkakrotnie spostrzegali, iż ilość wydzielanego azotu i moczanów, przy zmniejszeniu ilości wprowadzanych płynów, zwiększała się. Co się tyczy białka, to całkowita jego ilość na dobę była zawsze niezależną od ilości wprowadzonych płynów; zmieniał się tylko odsetek białka, co jest zjawiskiem zupełnie naturalnem wobec tego, iż mocz zależnie od ilości wprowadzonych płynów bywa mniej lub więcej zagęszczony; na tę zaś okoliczność lekarze zwykle nie zwracają uwagi i w spostrzeżeniach swoich kierują się wyłącznie odsetkową zawartością białka. Autor nie poprzestał na doświadczeniach, lecz większą jeszcze uwagę zwrócił na spostrzeżenia kliniczne w tym kierunku i zebrał takowych wcale pokaźną liczbę, przyczem szczególniej korzystnem zawsze (w 30 przeszło przypadkach) okazywało się ograniczenie ilości podawanych płynów w okresach późniejszych, gdy występowały już objawy niedomogi mięśnia sercowego. Ograniczając ilość płynów w takich przypadkach, autor rychło otrzymywał znaczne polepszenie, które następnie niejednokrotnie utrzymywało się przez kilka lat, przy zachowaniu tylko powyższej dyety. Otrzymując stale poprawę przez zmniejszenie ilości podawanych płynów (do $1^1/_4$ litra) w późniejszych okresach marskości nerek, autor sądzi, iż tę samą metodę stosować należy i w okresach wcześniejszych, gdyż w ten sposób usuwamy jeden szkodliwy czynnik, przyśpieszający późniejszą niedomogę mięśnia sercowego. Wprawdzie w tych okresach początkowych wynik dodatni nie będzie tak rzucający się w oczy, jak w okresach późniejszych, lecz w każdym razie metoda ta pozwoli nam możliwie najdłużej utrzymać ogólny dobry stan chorego. Zresztą autor kilkakrotnie sam spostrzegał, iż nawet we wczesnych okresach podawanie większej ilości płynów wywoływało osłabienie mięśnia sercowego; gdy jednak wtedy ilość płynów ograniczono, objawy niedomogi po kilku dniach ustępowały.

W odczycie swoim zwraca autor uwagę jeszcze na drugą okoliczność: lekarze zwykle chorym na marskość nerek zalecają z mięsa tylko t. z. mięso białe, które chorym rychło przestaje smakować, brzydnie, wskutek czego chorzy tracą łaknienie, źle się odżywiają i siły ich szybko podupadają. Autor pozwalał takim podupadłym na siłach chorym jeść

[1]) Odczyt niniejszy po niemiecku zostanie ogłoszony w Zbiorze prac z tegorocznego Zjazdu w Karlsbadzie. (*Przyp. Ref.*)

i inne rodzaje mięsa, a wtedy chorzy ci szybko przychodzili do siebie. Zresztą, sądzi autor, i z punktu widzenia naukowego nie należy chorym zalecać używania wyłącznie mięsa białego, gdyż powszechnie przyjęte zapatrywanie, iż mięso białe zawiera najmniej istot drażniących nerki, a przedewszystkiem istot wyciągowych, zawierających azot, nie jest na niczem oparte: przeciwnie, mięso białe kur i królików zawiera więcej kreatyny, niż zwykłe mięso wołowe; cała zaś różnica między mięsem białem a ciemnem polega na zawartości jakiejś istoty barwiącej, której skład chemiczny dotychczas nie jest dokładnie oznaczony i ztąd nie mamy prawa *a priori* zaliczać jej do istot dla ustroju szkodliwych, a to tembardziej, iż w tym kierunku nie przeprowadzano nigdy nawet doświadczeń klinicznych; jedyne zaś, obecnie przeprowadzone przez autora doświadczenie kliniczne raczej świadczyć się zdaje na korzyść mięsa ciemnego.

W końcu swej zajmującej pracy autor oświadcza, że doświadczenia jego i spostrzeżenia dotyczą nie tylko marskości nerek, lecz także i przewlekłego miąższowego zapalenia nerek, a nawet i ostrego ich zapalenia: i w tych postaciach autor widział korzystny wpływ ograniczenia ilości wprowadzanych płynów, lecz badania jego w tym kierunku nie są jeszcze ukończone. *Dr. Gliński.*

Prof. Neusser. **O klinicznym przebiegu niedokrewności złośliwej** *(anaemia perniciosa). (Wiener klinische Wochenschrift 1899 Nr. 15.)* Jest to kazuistyka. Trzy przypadki z rozpoznaniami klinicznemi: 1) *anaemia perniciosa*, *morbus Basedowii*; 2) *anaemia*, *achylia gastrica*, *atrophia mucosae ventriculi;* 3) *anaemia pern.*, *diathesis haemorrhagica*, *hypoplasia arteriarum*. Wszystkie trzy zakończone śmiercią i sekcyą zwłok.

Z przebiegu klinicznego wybiera autor bardziej zajmujące szczegóły. I tak co do 1). Na ośm lat przed śmiercią już rozpoznano w klinice u chorej niedokrewność złośliwą, a wówczas opuściła ona zakład z poprawą. Potem wystąpiły objawy choroby Basedowa. Dopiero na kilka dni przed śmiercią pojawiły się we krwi ciałka czerwone jądrzaste, jednak tylko normoblasty. Objawy niedokrewności złośliwej i choroby Basedowa mięszały się ze sobą.

Pod koniec życia powstałe zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, a mianowicie wymioty i biegunkę, które wystąpiły bez bólu i bez wyraźnej przyczyny, uznaje autor za objawy choroby Basedowa. Pojawiła się też żółtaczka schyłkowa, a przyczyną jej był zanik wątroby, stwierdzony po śmierci. Zanik ten przemawia za przyrodą zakaźną (toksyczną) choroby Bazedowa, a jest powikłaniem nadzwyczaj rzadkiem.

Z literatury znany jest przypadek choroby Basedowa, opisany przez Jaccouda, który zakończył się śmiertelnie, a przebiegał z objawami żółtaczki i krwotoków. W przypaduk tym wykazał rozbiór zwłok tłuszczowe zwyrodnienie wątroby.

Przypadek 2-gi był typowym okazem niedokrewności złośliwej, powikłanej z zanikiem błony śluzowej żołądka. Rozpoznanie zaniku potwierdził rozbiór zwłok. Obraz drobnowidowy krwi posiadał wszelkie cechy niedokrewności złośliwej w myśl pojęcia Ehrlicha, a więc ciałka czerwone jądrzaste, tak normo—, jak zwłaszcza megaloblasty. Szpik kostny zawierał przeważnie megaloblasty z jądrem słabo się barwiącem, rozpadłem, co jest objawem ciężkiego zaburzenia w sprawności szpiku kostnego. W przypadku tym zwiększała się stopniowo niedokrewność, oligocytemia i poikilocytoza, równocześnie ilość ciałek białych stale malała, a również tak samo ilość jądrzastych ciałek czerwonych. Dopiero na samym schyłku życia, kiedy liczba ciałek czerwonych opadła do 250 tysięcy, ilość ciałek białych podskoczyła z 2500 na 7500, a równolegle z tem pojawiły się jądrzaste ciałka czerwone w wielkiej ilości i to przeważnie gigantoblasty.

Było to więc przedzgonne, schyłkowe wypłókanie pierwocin szpiku kostnego, które ze szpiku dostały się do krążenia. Z wyników badań nad przemianą materyi w tym przypadku podnosi autor, że równowaga azotowa była zachowana. Na zasadzie tego nie możnaby przyjąć, jak to czynią niektórzy autorowie, aby niedokrewność w takich przypadkach, połączonych z zanikiem błony śluzowej żołądka, polegała na niedostatecznem wsysaniu pożywienia, albowiem wyzyskiwanie pożywienia w kierunku składników azotowych jest mimo to wyborne.

Odnośnie do przypadku 3) podnosi autor szczegóły następujące: Jest to przypadek, zaliczający się do tego typu niedokrewności złośliwej, jaka się pojawia w związku z ciążą i połogiem. Nie zdarza się wprawdzie, aby zwyczajna błednica w ciąży lub w połogu przechodziła w niedokrewność złośliwą; przecież są przypadki, w których podczas ciąży i karmienia występuje znaczne zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych, a ta oligocytemia może stanowić wyjście dla niedokrewności złośliwej. Widać z tego, że ciąża czyni wielkie wymagania dla narządów krwiotwórczych. Można się domyślać, że ciężarna odpowiada na bodziec, działający na narządy krwiotwórcze, mniej więcej w podobny sposób, jak chory, żywiący w sobie bruzdogłowca *(bothriocephalus)*. Jest rzeczą znaną, iż niektórzy chorzy, mimo posiadania bruzdogłowca, czują się zupełnie dobrze; ba, nawet wyglądają kwitnąco, co wskazuje na żywe wytwarzanie się krwi. Inni znowu chorzy na bruzdogłowca okazują objawy prostej niedokrewności; inni wreszcie zapadają na ciężką niedokrewność złośliwą. Ta przecież niedokrewność złośliwa odznacza się jedną wybitną cechą, która powoduje, że nawet utworzono osobny rodzaj niedokrewności złośliwej, będący jej poddziałem, odmianą, jako t. zw. niedokrewność bruzdogłowcowa. Cecha ta mianowicie jest stosunkową łagodność choroby, to znaczy, że po usunięciu czerwiów, jak za dotknięciem różczką czarodziejską, ustępuje i niedokrewność, chociaż bardzo ciężka, któraby wedle wszelkiego prawdopodobieństwa w przeciwnym razie prowadziła do skonu. Jednak nie jest to cecha stała. Niekiedy bowiem, mimo usunięcia pasorzyta, niedokrewność istotnie jest zgubna, t. j. kończy się śmiercią. Tutaj należy np. przypadek Müllera *(Charité-Annalen, 1889)*. W tym przypadku rozbiór zwłok wykazał nadzwyczajną wązkość tętnicy głównej, małą macicę i rozwój wstrzymany. A więc powodem tego, że chora, mimo usunięcia bezpośredniej przyczyny, tj. pasorzyta, z choroby otrząsnąć się nie zdołała, jest niedokształt *(hypoplasia)* układu naczyniowego, zmiana utworowa.

W przypadku autora ciężka niedokrewność, która powstała podczas ciąży, mimo usunięcia przyczyny po rozwiązaniu, zakończyła się niekorzystnie. Rozbiór zwłok pokazał niedokształt naczyń i w szpiku kostnym objawy nadwerężenia sprawności, a jak wiadomo naczynia i szpik są ogniwami jednego łańcucha, rozwijającego się pod wpływem wspólnego bodźca tak, że niedokształt szpiku idzie w parze z niedokształtem naczyń. Wyrazem odczynu szpiku na czynniki zniedokrewniające jest występowanie normoblastów, (objaw odradzania się krwi), kiedy wytwarzanie megoloblastów z jądrem zwyrodniałem (małe, słabo się barwiące jądra) jest wyrazem zwyrodnienia szpiku. Na ciałkach białych odbijają się bodźce, działające na szpik — występowaniem leukocytozy, wielojądrzastych obojętnochłonnych ciałek (niedokrewność wtórna). Jeżeli jednak szpik nie zdoła odpowiadać tym odczynem swoistym, kiedy więc jest on zwyrodniały, ilość wielojądrzastych obojętnochłonnych i eozynowych ciałek, zamiast wzrastać, — opada. Tak było w przypadku 3) autora. Istnieją zresztą spostrzeżenia innych autorów, które za tem tłómaczeniem niewątpliwie przemawiają, a na podstawie tych własnych, jako też i obcych przypadków, rozróżnia autor trzy typy hematologiczne niedokrewności złośliwej ze względu na czynność szpiku kostnego, a mianowicie: 1. przypadki, w których brak jakiegokolwiek odczynu szpiku kostnego; 2. w których odczyn ten jest bardzo niedostateczny; 3. w których szpik kostny okazuje zwyrodnienie, a wskutek tego wytwarza prawie wyłącznie megoloblasty rozpadające się. Typ ten wymaga jednak, jak się zdaje, nadwerężania czynności szpiku kostnego przez czas dłuższy, aby się mógł wytworzyć stan zwyrodnienia szpiku.

Usposobienie wrodzone, jak wązkość układu naczyniowego, zdaje się wywierać stanowczy wpływ na sprawność szpiku kostnego. Sąd nasz jednakowoż o tem, jak się zachowuje szpik kostny w pewnym przypadku niedokrewności złośliwej, może polegać tylko na obrazie hematologicznym. Obraz ten przecież nie daje nieraz podstawy do wyobrażenia o stanie szpiku, jak pouczają liczne przykłady w przypadkach, w których obraz drobnowidowy krwi nie zgadzał się z obrazem drobnowidowym szpiku. Jest więc jeszcze jeden czynnik w grze, czynnik niepoznany dotąd dostatecznie, który sprowadza obfitsze lub mniej obfite wypłókanie składników szpiku kostnego do krążenia.

Jakżeby można uzyskać pewne dane, tyczące się stanu szpiku kostnego?

Chyba przez wyświdrowywanie z żebra lub przez nakłówanie próbne szpiku kostnego. Ale to sposoby niewygodne, choć w każdym razie mogą dać wynik dodatni już wtedy, kiedy badanie krwi wypada ujemnie.

Dr. Eljasz-Radzikowski (Lwów).

Dr. F. Blumenfeld. **Przyczynki do etyologicznej statystyki raka macicy.** *(Münch. med Wchschr.* 1899. Nr. 13). Na 678 kobiet, dotkniętych rakiem macicy, najmłodsza liczyła 24 lat, najstarsza 73. Najwięcej schorzeń przypadało na lata między 40 a 50 r. ż., potem między 30—40 r. ż. Z porównania z podobnemi zestawieniami dawniejszemi wynika, że rak macicy występuje obecnie względnie częściej u młodszych kobiet. Do raka zdają się usposabiać częste porody, względnie poronienia, gdyż w tej statystyce przypada przeciętnie 5·7 ciąż (względnie poronień) na każdą chorą. U bardzo wielu można też było wykazać przebyte sprawy zapalne w częściach rodnych i względnie często przebyte poprzednio zabiegi operacyjne i to tak często, że i tych spraw nie można pominąć, rozważając etyologię raka. W wywiadach często chore podają o rodzinnej skłonności do suchot, rzadziej o powtarzającem się schorzeniu rakowem w rodzinie. Ze wszystkich tych danych wnosi autor, że rak jest chorobą zakaźną, właściwą wiekowi późniejszemu, kiedy już odporność tkanek znacznie podupadła, występującą u osobników dziedzicznie obciążonych i usposobionych do chorób zakaźnych. I wobec tego uważa komórki i tkankę rakową za wytwór owego nieznanego czynnika zakażającego, tak jak gruzełek jest wynikiem czynności prątków gruźliczych. *Herman.*

Decastello i Czinner. **Wpływ zmian w świetle naczyniowem i w parciu krwi na ilość ciałek białych** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1899. Nr. 15). Jest to praca doświadczalna, wykonana na królikach. Obliczenia ciałek białych dokonywali autorowie we krwi z żyły szyjnej lub z odsłoniętej żyły udowej. Pracę podzielili sobie na kilka części. Mianowicie starali się zbadać: A) wpływ zwężenia naczyń, wywołanego przez drażnienie zdziergaczy naczyniowych (wskutek drażnienia a) nerwu kulszowego bez przecięcia i b) z przecięciem nerwów trzewnych, a więc odruchowo, lub c) wskutek drażnienia samych ździergaczy naczyniowych; B) wpływ zastrzyknięcia istot zwężających naczynia, a mianowicie wyciągu z nadnercza; C) wpływ rozszerzenia naczyń; (wskutek przecięcia nerwów naczyniowych, np. nerwów trzewnych (nn. splanchnici), lub wskutek drażnienia *nervus depressor)*; D) wpływ silnego obniżenia parcia krwi (wskutek drażnienia końca obwodowego przeciętego nerwu błędnego).

Wyniki tych doświadczeń streszczają w następujących zdaniach:

1. Silne drażnienie nerwów czulnych (n. kulszowy) sprowadza zmniejszenie ilości ciałek białych w całej krwi. 2. Objaw ten następuje wskutek odruchowego zwężenia naczyń brzusznych i zatrzymania tamże ciałek białych. Po przecięciu nerwów trzewnych zazwyczaj nie występuje. 3. Wskutek drażnienia bezpośredniego zdziergaczy naczyniowych w ograniczonym obszarze naczyń (nerka, ucho) powstaje zmniejszenie ilości ciałek białych w krwi wypływającej. 4. Istoty zwężające naczynia, więc wyciąg z nadnercza, wywołuja tenże sam skutek i to jeszcze w wyższym stopniu. 5. Wpływ wstrząsu (shock) polega na tym samym objawie. 6. Rozszerzenie naczyń po przecięciu nerwów naczyniowych (nn. trzewne) nie wywiera żadnego wpływu na ilość ciałek białych. 7. Obniżenie parcia krwi (n. błędny, *n. depressor*) sprawia tylko przemijające zmniejszenie ilości ciałek białych. 8. Wpływ tych wszystkich powyższych czynników na ciałka białe dosięga swego szczytu po 3—4 minutach. Wahania w ilości wynoszą od 20—30%; po 10—15 minutach wraca na nowo pierwotna ilość ciałek. Wpływ wstrzykiwań jest znacznie większy. 9. Znaczna ilość ciałek białych we krwi z żyły śledzionowej, wielekroć stwierdzana, polega na wyciśnięciu ciałek białych z śledziony przez ugniecenie jej podczas obliczania.

Badania innych autorów, jak Goldscheidera i Jacoba wykazały już dawniej, że podczas leukopenii, która następuje po wstrzyknięciu pewnych istot (jak wyciągi z narzadów), ciałka białe nagromadzają się w wielkiej ilości w naczyniach włosowatych płuc. Autorowie starali się też dojść do wyszukania przyczyny tego bądź co bądź bardzo zastanawiającego objawu, który też sami w swych doświadczeniach napotykali stale. Przyczyny tej nie znaleźli. Wypowiadają tylko pod tym względem pewne przypuszczenia. I tak, zwężenie naczyń nie może tu wchodzić w grę, ponieważ, jak wiadomo, naczynia płucne, jeżeli wogóle podlegają, to tylko w nadzwyczaj słabym stopniu wpływom naczynioruchowym.

Mogłoby więc chyba zaważyć obniżenie parcia krwi. I rzeczywiście niektóre z tych istot, jak np. pepton, kwas nukleinowy, także somatoza, sprowadzają znaczne obniżenie parcia krwi. Kiedy się jednakowoż porówna stopień leukopenii po takich wstrzykiwaniach z nasileniem leukopenii po największych drażnieniach (trwających minutę) nerwu błędnego i po obniżeniu największem parcia krwi wówczas, to i temu czynnikowi nie będzie można przyznać żadnego większego wpływu. Może być przecież, że cały objaw polega na działaniu dodatnio chemotaktycznem wprowadzonych istot. Trzeba bowiem zważyć, że płyn wstrzyknięty nie rozchodzi się odrazu równomiernie po całem krążeniu, lecz nagromadza się najpierw w zakresie naczyń włosowatych, a to przedewszystkiem w naczyniach włosowatych płuc, dokąd wchodzi najpierw każdy płyn z wstrzyknięcia, czy to podskórnego, czy śródżylnego.

Można oprócz tego myśleć jeszcze o tem, czy przypadkowo taki wyciąg z narzadu, wstrzyknięty, nie sprowadza zmian w samych ciałkach białych, albo też w ścianach naczyniowych, wskutek których to zmian pozostają tam leukocyty. Zakres naczyń włosowatych w płucach byłby wówczas tylko dlatego głównie zajęty, ponieważ leży pierwszy na drodze i zajmuje wielki obszar.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Sroczyński: **Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki.** *(Pamiętnik, wydany na jubileusz Prof. Korczyńskiego).* Wykazawszy różnicę, jaka zachodzi między wrzodem a ropniem rogówki i podniósłszy, że środki leecznicze, stósowane z dobrym skutkiem przy cierpieniu pierwszem, nie moga dać tych samych wyników w leczeniu ropni, uważa autor pomoc chirurgiczną za najwłaściwszą i w tym celu podaje nowy sposób operacyjny. Sposób ten, polegający na przecięciu jedynie tylko przedniej ściany ropnia cięciem poziomem od tyłu ku przodowi i na usunięciu szczypczykami masy włóknikowo-ropnej, przedstawia rzeczywiście znaczne korzyści przed t. zw. keratotomią Saemischa, poleconą pierwotnie przeciw *ulcus serpens*, a stósowaną obecnie także i w przypadkach ropni rogówkowych.

Przecięcie sposobem Saemischa, otwierające przodkową komórkę, nie wypróżnia, chyba tylko wyjątkowo, ogniska ropnego w samej rogówce, a więc nie usuwa właściwego źródła choroby, podnosi tylko skutkiem zmniejszenia napięcia gałki ocznej, odporność rogówki i ułatwia przez to powolne

wessanie wypociny, co jednak wlecze się całymi tygodniami. Z drugiej strony keratotomia naraża równocześnie oko na wielkie niebezpieczeństwo, jakiem jest łatwo po niej mogące powstać wgłobienie tęczówki. Przeciwnie, przy sposobie autora, gdzie przednia komórka wcale otwartą nie zostaje, niebezpieczeństwo to jest wykluczonem. Wprawdzie i tu ognisko ropne po samem tylko cięciu wypróżnić się nie może, bo nie zawiera ono płynnej treści, lecz czop włóknikowo ropny, ten jednak daje się z łatwością szczypczykami uchwycić i w całości oddalić. Z chwilą tą ognisko w rogówce zostaje oczyszczone, a leczenie następowe postępuje szybko, nie przekraczając 2—3 tygodni czasu.

Sposób swój zastosował autor w 4 przypadkach z jak najlepszym wynikiem, a mnie się zdaje, że jest zupełnie racyonalnym i dla tego też zamierzyłem zwrócić nań uwagę kolegów-okulistów. *Dr. Langie.*

Saenger: **Czy płókanie gardła ma wartość leczniczą?** (*Münch. med. Wochft.* Nr. 8, 1899). Płókanie gardła ma na celu zetknięcie się płynu leczniczego z błoną śluzową jamy gardłowej — zachodzi jednak pytanie, czy przy płókaniu następuje takie zetknięcie? Ażeby się o tem przekonać, pomazał autor choremu na zapalenie pryszczykowe gardła migdałki błękitem metylu, polecił mu płókać, badał płyn oddany po płókaniu jamy gardłowej — i przekonał się, że płyn oddany napowrót nie był błękitnie zabarwiony. Gdy zaś pomazał błękitem metylu podniebienie miękie i korzeń języka, wówczas płyn oddany był błękitnie zabarwiony. Otóż jest to dowód, że płyn, którym płóczemy, nie dostaje się poza łuki i nie styka się wcale z błoną śluzową jamy gardła; wprawdzie można, robiąc przy płókaniu wydłużone wydechy lub kilka krótkich wdechów, doprowadzić do tego, że pewna część płynu przedostanie się do jamy gardła, jednak tak płókać nie każdy chory potrafi. Zaprzeczywszy w ten sposób możliwości działania płókań, uważa S. za stósowniejsze pędzlowania gardła, które działają pewniej i mniej może przykrości sprawiają choremu, niż częste płókania. *Gr.*

Manfanowski. **Leczenie wrzodu miękiego parą.** (*Wracz*, 1899, Nr. 12). Metoda, podana przez autora, stanowi tylko modyfikacyę znanych metod Auberta, Welandera, Andryego i in., którzy, wychodząc z założenia, iż pierwiastek zakaźny we wrzodzie miękim ginie w ciepłocie około 41° C., stosowali celem leczenia tego cierpienia wysoką ciepłotę na wrzód miękki. Autor w tym celu używa wytwarzającego parę przyrządu prof. Sniegirewa, stósowanego w Rosyi do tamowania krwotoków miąższowych. Po obmyciu wrzodu 2% kwasem borowym otacza autor jego brzegi gazą, by nie oparzyć zdrowych części, i puszcza na wrzód strumień pary, zbliżając lub oddalając przyrząd w miarę wytrzymałości chorego (wydobywająca się z przyrządu para ma ciepłotę 100° C.); zabieg taki trwa 8—10 minut i powtarza się codziennie. Po 3—4 dniach wrzód traci swoje swoje swoiste wejrzenie i zamienia się w zwykłą ranę, prawie, że całkowicie niezaraźliwą, goi się zaś zupełnie w ciągu 10—15 dni; powstawania nowych wrzodów przy tym sposobie leczenia autor nigdy nie zauważył, mimo iż leczył w ten sposób około 90 chorych. *Gliński.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Vidal (*Ann. de med. et chir. infant.*), leczy w ten sposób brodawki, że kawałek flaneli mydłem potasow. posmarowanej kładzie codziennie na brodawkę, która po dwóch tygodniach rozmiękła i daje się z łatwością usunąć. *F. K.*

Eichhoff zaleca przy starych odmrożeniach częste mycie mydłem przetłuszczonem z ergotyny, które porażone naczynia ściąga i zakładanie opatrunku z maści: *Acid. citrici 2,0 Bals. peruv. 5,0 Ung. zinci 45,0. m. f. ung. S. Maść.* *F. K.*

Coraz więcej pojawia się głosów zachwalających glinkę (*argilla*), jako środek opatrunkowy; Langematt po długoletnich doświadczeniach oświadcza, że glinka jest bardzo tanią, zupełnie nie trującą, ma silne działanie wysuszające, nietylko jest bezwonną, ale działa nawet odwaniająco, zupełnie nie drażni i ma własności, przyspieszające pokrycie naskórkiem ran nawet ropiejących, chociaż wywołuje strupy na brzegach ran i bujanie ziarniny. Przy wypryskach i owrzodzeniach, wogóle tam, gdzie wydzielina jest obfitą, działa dobrze w postaci pasty: *Argill., Glycerin. aa. 12,5, Vaselin. 25,0. M. f. pasta.* Glinkę sproszkowaną chronić trzeba przed wilgocią, dlatego przechowywać ją należy w szczelnie zamkniętych naczyniach. (*Münch. m. Woch.* 1899, 4). *F. K.*

Antonelli i Scatolari wstrzykują w ostrej rzeżączce 25‰ rozczyn kwasu pikrynowego, sposobem Janeta, w dużej ilości, zachwalając jego przeciwgnilne i kojące ból działanie, przyczem działa on w głąb tkanek. Wyleczenie następuje po 2 tygodniach. Korzystne działanie w wypryskach jest już dawniej znane; obecnie Algar stosuje okłady także i w półpaścu i to z rozczynu: *Ac. piconitric. 5,0 Ac. citrici 10,0 Aqu. dest. 50,0*, który sprawia lekkie pieczenie, a działa szybko. *F. K.*

Przy pękaniu skóry rąk zaleca Comby (*Nouv. remèdes 1898. 11*) smarowanie rano i wieczorem maścią: *Menthol. 1,0. Salol. 2,0 Ol. Olivar. 10,0 Lanolin. 30.0 M. f. ung.*; przy poceniu się rąk zaś bardzo dobre wyniki otrzymują się po wcieraniu 3 razy dziennie: *Natr. biborac. Ac. salicyl. aa. 7,5 Ac. boric. 2,5 Glycerini. 25,0 Spir. dilut. 50,0.* *F. K.*

Fürbringer (*D. med. Woch.* 1899. 1) ulepsza w ten sposób sączkowanie obrzęków skóry, że wbija cienki trójgraniec w samą skórę i podminowując ją, wykłówa go i następnie wprowadza cienki wąż gumowy z otworami na ścianach, pozostawiając z obu stron rany długie końce; nie potrzeba więc żadnego osobnego przymocowania, a można założyć opatrunek przeciwgnilny. *F. K.*

Murray przestrzega przed długiem i nadmiernem podawaniem rtęci i jodu, zalecając te przetwory wraz z chininą obok środków dyetetycznych, jak powietrze i posilne odżywianie. Rtęć lub jod stosuje tylko w razie świeżych wybuchów choroby. (*Lancet*). *F. K.*

Pelnař (Praga) poddał różne wody do ust badaniu przeważnie bakteryologicznemu i przyszedł do wniosków, że działają one raczej drażniąco, niż ściągająco, że mechanicznie nie usuwają drobnoustrojów i nie odkażają jamy ustnej, są więc tylko przyjemnym środkiem toaletowym bez ważniejszego wpływu na błonę śluzową, który prawie w zupełności czysta woda zastąpić może. *F. K.*

Fricke używa naftalanu w postaci pasty: *Zinc. oxyd., Amyl. trit. ad 25,0 Naftalan. 50,0 m. f. pasta*, którą stósować można nawet w przypadkach ostrych wyprysków. (*Ztsch. f. pr. Aerzte* 1899. 2). *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 maja 1899 r.

Przewodniczący: kol. Sielski. — Członków obecnych 33.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Krzyszkowski przedstawia następujące preparaty, uzyskane w prosektoryum lwowskiem: a) workowaty tętniak łuku aorty, przebijający do tchawicy; b) wgłobienie jelita biodrowego w ślepe; c) ropień przewlekły jajnika prawego, który łączy się z jednej strony z wyrostkiem robaczkowym, z drugiej — przetoką z prostnicą; w ropniu kilka glist. Sprawę tę należy rozumieć jako następową po zapaleniu wyrostka robaczkowego; d) wadę utworową, charakteryzującą się ubytkiem w ścianie brzusznej, po stronie lewej ponad grzebieniem kości biodrowej; przez ten ubytek wypadają jelita cienkie i jelito ślepe i są tu przyrosłe. W jamie brzusznej jelito grube leży popod dwunastnicą. Dziecko żyło dwa dni.

II. Kol. Wład. Jasiński: »Kilka słów o zakładzie klimatycznym w Kossowie«. Mowca omawia wartość leczniczą czynników naturalnych, jak powietrze, ciepło słoneczne, światło słoneczne, woda i odpowiedni pokarm. Pomysł stósowania tych czynników w chorobach praktykuje się oddawna w zakładach klimatycznych. Pierwszym, który w naszem stuleciu pomysł ten w zakładzie urzeczywistnił, był Priessnitz. Wiadomo jaki przewrót na polu terapii sprowadził Priessnitz tym sposobem leczenia i jak niebawem się ten sposób rozszerzył. W zakła-

dzie Priessnitza działały wielorakie czynniki; głównym jednak była woda. W 20 lat później wystąpił na widownię Rikli i wybudował we Veldes zakład podobny do Priessnitzowskiego, ale różniący się tem, że Rikli kładł nacisk nie tylko na kąpiele wodne, ale także na powietrzne, słoneczne, parowe, tudzież na spanie przy otwartych oknach i chodzenie boso. Co do pożywienia, to Rikli wykluczył nie tylko kawę, herbatę i przyprawy korzenne, ale w pewnych chorobach także potrawy, szczególniej z czerwonego mięsa; to samo uczynił z napojami wyskokowymi i tytoniem. Ponieważ wyniki, jakie chorzy u niego osiągali, były b. dobre, zaczęły się podobne zakłady mnożyć. Od pewnego czasu istnieje i u nas taki zakład w Kossowie, a kierownikiem jego jest dr. Tarnawski. Sposób leczenia w tych zakładach zmieniał się wielokrotnie; w początkach nazywano ten sposób leczeniem Priessnitzowsko-Rikliowskiem, wnet leczeniem naturalnem, w ostatnich czasach leczeniem fizyatrycznem lub fizykalno-dyetetycznem. Ta ostatnia nazwa jest najodpowiedniejszą. Następnie przechodzi mówca wskazania do leczenia w zakładach fizykalno-dyetetycznych (uporczywe zołzy, dna, otyłość chorobliwa, niedokrewność, cierpienia spowodowane miażdżycą tętnic, ustrojowa skłonność do zaparcia stolca, dalej różnorodne nerwobóle, skłonność do zaziębień, a tem samem do cierpień gośćcowych i do nieżytów nosa, tchawicy i oskrzeli). Na zakończenie podaje prelegent, że fizykalno-dyetetyczny sposób leczenia posiada dwa b. dobrze redagowane pisma, wychodzące w Berlinie: *Zeitschrift für diaetetische und physiatrische Therapie*, redagowane przez dra Leydena i *Archiv für physikalisch-diaetetische Therapie in der ärztl. Praxis*, redagowane przez dra Ziegelrotha.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

VII. Korespondencye.

Warszawa w maju.

Z obowiązku korespondenta nie mogę pominąć milczeniem głośnej u nas sprawy prof. Kosińskiego i Dra Solmana, znanej wam prawdopodobnie z pism peryodycznych, które w całej rozciągłości opisywały przebieg rozpraw sądowych. Oskarżonych uniewinniono. Cóż wam więcej mogę do tego dodać? Chyba, że najświetniej wypadła ekspertyza prof. Pawłowa, wezwanego przez urząd prokuratorski z Petersburga. Znakomity mówca, prof. Pawłow, wymownie przedstawił wszystkie trudności laparotomii i fakt pozostawienia szczypczyków nazwał nieostrożnością fizyologiczną, której nie można podciągnąć pod żaden artykuł kodeksu. Pozostały niejasnymi dwa fakty: 1⁰ dlaczego nie przestrzeżono wyraźnie otoczenia chorej, że w brzuchu jej znajdują się prawdopodobnie szczypczyki, które koniecznie należy wyjąć; 2⁰ dlaczego lekarze, odwiedzający chorą, nie domagali się stanowczo narady z prof. Kosińskim? Czas był po temu, gdyż chora żyła po pierwszej operacyi przeszło pół roku i miała się wcale nieźle, odbyła nawet kuracyę w Ciechocinku. Całą grozę samego wypadku zatarło powództwo cywilne, widocznie obliczone na wyzysk, gdyż zmarła pozostawiła dzieci dorosłe i w niczem nie przyczyniała się do ich utrzymania. Należy dodać, iż cały ten dramat odbył się w nawpół oświeconej sferze żydowskiej. Tem się tłómaczy ta częsta zmiana lekarzy, brak zaufania do nich, wzywanie każdego lekarza oddzielnie, utrzymywanie w tajemnicy tego, co powiedział jego poprzednik i t. d. Praktyka wśród tego żywiołu, jak wiadomo, należy do najtrudniejszych.

Towarzystwo higieniczne rozwija swoją działalność z coraz większą energią. Zapowiedziane odczyty ludowe o ospie i szczepieniu krowianki odbyły się z powodzeniem w czterech punktach miasta, gromadząc każdym razem sporą garstkę słuchaczy (po 200 osób). Na przyszłość postanowiono wprowadzać pewne ulepszenia, — większą ilość obrazów niknących przed odczytem, muzykę i t. d. Najbliższym odczytem będzie pogadanka o używaniu napojów i pijaństwie, napisana przez Dra Puławskiego; dalej szereg odczytów: „Znaj samego siebie" (anatomia i fizyologia) przez p. M. Brzezińskiego. Sekcya ludowa rozważa sprawę pomocy dla rodzących, zastanawia się nad kwestyą domów pogrzebowych, ochronek wiejskich; w sekcyi szpitalnej opracowuje projekt opieki nad obłąkanymi K. Rychliński; w sekcyi wychowawczej krząta się około urządzenia wycieczek wakacyjnych ks. Grabowski; sekcya balneologiczna zwiedza i poddaje krytyce mieszkania letnie, podnosi ważną bardzo sprawę poprawy żywienia chorych w zdrojowiskach (M. Rejchman i A. Puławski) i urządza w tym roku dwie wycieczki: do Grodziska (zakład hidropatyczny) i Nałęczowa (źródła żeleziste i zakład hidropatyczny). Jednem słowem, wszystkie sekcye już się rozruszały. Naturalnie, w tym ruchu zdarzają się i objawy patologiczne, jak n. p. ruch wirowy, obracanie się na jednem miejscu, zbytnia rozwlekłość niektórych mowców, brak znajomości rzeczy innych, ale są to objawy nieuniknione w każdej gromadce ludzkiej, w każdem przedsięwzięciu. Towarzystwo myśli obecnie o założeniu własnego organu lub nabyciu miesięcznika „Zdrowie" od kol. Polaka.

Prawdzic.

VIII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

I. posiedzenie, dnia 11-go kwietnia przedpołudniem.

(Ciąg dalszy).

Temu to zbiorowi objawów, opisanemu przez siebie przed laty dziesięciu, przypisuje Martius główne znaczenie rozpoznawczo w nauce o niewydolności mięśnia sercowego.

Ażeby zrozumieć, w jaki sposób powstaje rozstrzeniowe osłabienie serca, należy rozstrząsnąć zasadniczo pojęcia o uderzeniu serca. Dawniejsze mniemania wszystkich klinicystów o powstawaniu i wartości rozpoznawczej uderzenia serca wychodziły z założenia, że siła uderzenia widzialna i wyczuwalna idzie w zgodzie z rzeczywistem natężeniem pracy sercowej i że jest w ten sposób miarą tej pracy. Tymczasem nie możemy naprzód wnioskować, która to czynność ruchu serca wypukla międzyżebrze. Krzywizna uderzenia koniuszkowego serca nie jest ani typową krzywizną ciśnienia, ani objętości, ani też skurczu w pojęciu fizyologicznem. Dla rozwiązania tego zagadnienia użył sprawozdawca nowej metody tak zwanej metody znaczącej akustycznej — *(akustische Markirmethode)*, — a zapomocą niej, przyszedł do wniosku, że uderzenie w znaczeniu klinicznem, t. j. chwila nacisku skurczowego, odbywa się podczas okresu zamykania zastawek. Pokazało się, że ludzie dorośli zdrowi i silni, z prawidłowo zbudowaną klatką piersiową wogóle, najczęściej nie okazują żadnego uderzenia. W przeciwieństwie do tego spostrzeżenia jest powszechnie znany objaw, że serce bardzo osłabione może dawać uderzenie nadzwyczaj silne i na wielkiej przestrzeni. Po dokładniejszem zbadaniu okaże się wówczas, że zawsze jest w takim razie znaczny przerost serca.

Serce zdrowe wielkości prawidłowej mieści się w ten sposób w obszernej klatce piersiowej, że udziela jej bardzo mało albo nawet wcale nic ze swoich ruchów. Pracuje w najkorzystniejszych warunkach mechanicznych, t. j. przy najmniejszem tarciu. Łatwo pojąć, że ze względu mechaniki jest taki stan najkorzystniejszy, ponieważ ta część ruchów serca, która się udziela ścianie klatki piersiowej, ginie dla celów samego serca i o nią umniejsza się praca serca dla krążenia krwi.

Owo tarcie pojawia się zawsze wtedy, jeżeli objętość serca jest za wielka w stosunku do pojemności klatki piersiowej. Czy rzeczywista praca, poświęcona przytem dla krążenia krwi, jest wielka lub mała, to nie ma znaczenia dla natężenia uderzenia, a siła tarcia zależy tylko od niestosunku pomiędzy pojemnością klatki piersiowej, a wielkością serca. W ten więc sposób można zrozumieć, dlaczego serce powiększone tylko wskutek rozszerzenia komór, a więc wyłącznie nadmiernie rozciągnięte, a przez to bardzo osłabione, daje tak samo szerokie i silne, podnoszące uderzenie, jak i serce posiadające ściany bardzo przerosłe i do tego dotknięte rozstrzenią i wadą zastawkową.

Z tych rozważań klinicznych wynika wniosek, że warunki dla powstawania uderzenia są tem lepsze, im większy jest niestosunek pomiędzy pojemnością klatki piersiowej a wielkością serca.

Znaczne przesunięcie, rozszerzenie i wzmocnienie uderzenia oznacza, jak wiadomo, że serce jest powiększone, to jest, że serce żyjące powiększyło swoją objętość. Niestety, bezzasadnie mówi się wówczas odrazu o przeroście serca, zamiast o powiększeniu tegoż narządu.

Serce, będąc pustym narządem mięśniowym, stosownie do chwili skurczu lub rozkurczu zmienia swą objętość. Patologiczne powiększenie objętości może nastąpić wskutek: 1) zgrubienia ścian, 2) rozszerzenia komór, 3) jednego i drugiego pospołu.

Samo zgrubienie ścian, o ile łatwo poznać anatomicznie, o tyle trudno wykazać klinicznie. Przeciwnie ma się rzecz z powiększeniem objętości serca wskutek rozszerzenia komór, ponieważ klinicznie można tę zmianę rozpoznać w sposób nietrudny, kiedy pod względem anatomicznym często nie da się wcale wykazać. Z tego więc wszystkiego wynika, że brakiem jest krytycyzmu i dokładności, jeżeli się wszystkie przypadki powiększenia serca, wykazalne klinicznie, a pozbawione przyczyny w wadzie zastawkowej lub innej jakiej dostatecznej ze stanowiska anatomicznego podstawy (zapalenie nerek, miażdżyca tętnic itd.) nazywa poprostu samoistnym przerostem serca. Na pewno nie idzie o brak rozszerzenia komór, jeżeli można stwierdzić klinicznie powiększenie objętości: a to jest rzeczą najważniejszą. Oprócz tego stanu może być jeszcze zgrubienie ścian, ale czy jest, to należy osobno badać. Przecież rozszerzenie komór nie powstaje nigdy samoistnie, w każdym przypadku musi mieć uzasadnienie mechaniczne.

Fraentzel, twórca nauki o tak zw. przeroście samoistnym serca, od samego początku kładł nacisk na różnicę w pojmowaniu klinicznem przerostu, a rozstrzeni. Przerost to objaw wyrównania, który serce czyni sprawniejszem, rozstrzeń przeciwnie oznacza osłabienie serca. Rozwój fizycznych metod badania z pomocą genialnej myśli Laënnecowskiej o przysłuchu sprawił ten skutek, że nie zwracano uwagi przez czas dłuższy na schorzenia serca, którym niedostaje objawów akustycznych (więc szmerów). Ze stanowiska samej umiejętności działo się inaczej, teoretycznie zwracano bowiem baczność na choroby serca bez zmian przysłuchowych; w praktyce przecież jeszcze dzisiaj nie darzy się głębszą uwagą cierpień sercowych, pozbawionych objawów przysłuchowych.

Często bardzo lekarz, słysząc czyste tony serca, orzeka, że w sercu nic nie brakuje, a jeżeli idzie o lekarza w kasie chorych, to nawet skłania się sam do uznania skarg chorego za przesadzone; w praktyce znów prywatnej radzi sobie wówczas lekarz powiedzeniem „troszkę otłuszczenia serca“. Nie zważa się zaś, że uderzenie koniuszkowe przekracza na lewo linię sutkową, że jest na większej przestrzeni i podnoszące, a równocześnie tętno w tętnicy sprychowej daje się łacno ugnieść.

Jeżeli, obok uderzenia szerszego i silniejszego, napięcie ścian tętnic jest prawidłowe albo podwyższone, to już oprócz rozstrzeni istnieje również wyrównawcze (kompensacyjne) zgrubienie ścian. Serca nie można wówczas nazwać prawidłowem, atoli nie zachodzi tu jeszcze wcale niewydolność mięśnia sercowego. Kiedy jednakowoż równocześnie z powiększeniem serca można wykazać obniżenie parcia tętniczego, duszność przy zmęczeniu, przyspieszenie tętna, albo przynajmniej wybitną skłonność do zmiany rytmu i ogólną niesprawność, wtenczas mamy do czynienia już ze słabością serca rozszerzonego. Zaczyna się wówczas istotna niewydolność mięśnia sercowego, a przypadki podobne zdarzają się częściej, niż się zdawać może. Pomiędzy nimi dają się odróżnić następujące postacie:

1) Ostra, względna niewydolność mięśnia sercowego wydarza się po wysiłkach w pracy lub zajęciach sportowych (jazda na kole, chodzenie po gorach, wioślarstwo wyścigowe itd.). Wówczas serce niewprawne, „niewytrenowane“, ulega łacniej pod brzemieniem wysiłku, aniżeli serce wćwiczone do tego rodzaju wymagań. Takie ostre nadmierne rozciągnięcie mięśnia sercowego wyrównywa się pod warunkiem, że na czas przyjdzie wypoczynek. Za częste rozciągnięcia w końcu doprowadzają do trwałego porażenia, tak zwana bezwzględna niewydolność. W tych przypadkach występuje zawsze owa sprzeczność pomiędzy uderzeniem a tętnem. Podnoszą ten objaw Thurn, Schott, Albu i inni i uznają wielkie jego znaczenie rozpoznawcze.

2) Osobną postać chorobową tworzyć musi ostre rozciągnięcie mięśnia sercowego, które się wydarza w tak zw. napadowem czyli samoistnem biciu serca *(tachycardia paroxysmalis seu essentialis)*, a stanowi istotny i pierwszorzędny czynnik patogenetyczny w tej chorobie. Nadmierne przyśpieszenie tętna jest już tylko wtórnym objawem dodatkowym. Rozstrzeń serca w tej postaci ustępuje nagle, a zaraz po takiej przerwie w ciągłości tego objawu znika i uderzenie, tętno wybitnie zwalnia i przybiera na sile. W tej zwłaszcza postaci owa „sprzeczność“, zaznaczająca się podczas nasilenia głównych objawów choroby, a ginąca w razie ich ustąpienia, jest bardzo ważnem znamieniem.

3) W niedawno wydanej pracy Henschen z Upsali zwrócił uwagę, że u młodych dziewcząt, z urodzenia słabowitych i nieco niedokrwnych, które idą do służby, powstaje rozstrzeń serca wskutek wysiłków cielesnych. Rozstrzeń ta wprawdzie jest podobna do rozszerzenia powstałego wskutek ostrych wysiłków, różni się przecież od tamtej postaci chorobowej tem, że rozwija się więcej powoli, a rozwinąwszy się raz, trwa czas dłuższy. Przytem cechuje się jeszcze tym szczegółem, iż u dziewcząt słabych, niedokrewnych, istnieje już usposobienie do rozstrzeni serca po wysiłkach samych przez się, nawet nie znacznych.

Przypadków takich widział też sprawozdawca już sporo. Były to po większej części młode dziewczęta, które idą do służby zawcześnie, a przytem pracują ciężko. Zwłaszcza dźwiganie ciężarów sprawia te skutki niedobre. Właściwie nie chorują wprost, ale powoli słabną, dostają bicia serca, duszności przy zmęczeniu, bólów głowy, tracą chęć do jadła, a w końcu nie są zdolne do żadnej pracy. Badanie wykazuje, obok lekkiego stanu niedokrewności lub błednicy, wspomniane objawy osłabienia serca rozszerzonego. Ta rozstrzeń serca u dziewcząt młodych z pośród ludności pracującej ma nawet większe znaczenie. Dziewczyny takie nie mogąc się utrzymać pracą własną i, popadając w coraz większą niedokrewność, ulegają albo tej chorobie, albo też wrzodowi okrągłemu żołądka.

4) U dzieci słabowitych i zołzowych powstaje nieraz słabość serca z rozszerzeniem w następstwie prawie nieuchwytnych przyczyn, tylko pod wpływem zwyczajnych podniet życia, jak np. wskutek chodzenia do szkoły. Spostrzeżenia pod tym względem są bardzo dawne. G. Sée nazwał stan ten: *»hypertrophie cardiaque, résultant de la croissance«*, jednak już klinicyści francuscy, a zwłaszcza Paul, zwrócili uwagę, że w żaden sposób nie można przyjmować w tych przypadkach przerostu serca i że jest to tylko przejściowa rozstrzeń serca. Dowodzi tego zresztą i ta okoliczność, iż nie brak również w tych przypadkach owej „sprzeczności“ pomiędzy napięciem tętnic, a uderzeniem serca. Najnowsi badacze francuscy w tej dziedzinie, Gallois i Fatout, tłómaczą rozszerzenie i wzmocnienie uderzenia serca w podobny sposób na zasadzie niestosunku pomiędzy wielkością serca, a objętością klatki piersiowej.

Słabość serca rozszerzonego występuje u dzieci nadzwyczaj często. Rozwija się na podstawie obciążenia dziedzicznego, najczęściej u dzieci zołzowych, wzrastających w niekorzystnych warunkach higienicznych. Czynnikiem, który tę chorobę obudza, jest bardzo często szkoła, która stawia dla młodziutkiego ustroju tyle wymagań. Dzieci blędną, mizernieją, skarżą się na ból głowy, a i w naukach nie czynią postępów. Badanie wykazuje, oprócz lekkiego obrzmienia gruczołów karkowych, nieznaczną niedokrewność, nieraz białkomocz i wybitny obraz osłabienia i rozstrzeni serca. Poprzednie choroby zakaźne usposabiają szczególnie do tego cierpienia. Pod względem praktycznym rozróżnić można rozmaite stopnie owej słabości serca rozszerzonego u dzieci:

Stopień 1 stanowi jakoby przejście od stanu fizyologicznego do chorobowego. Wówczas uderzenie koniuszkowe przekracza nieco tylko linię sutkową, jest podnoszące, a tętno wyraźnie słabiej napięte. Częstość tętna jest tylko nieco większa, jeżeli dzieci zachowują się spokojnie. Ale już bardzo nieznaczny wysiłek sprowadza silne przyspieszenie tętna. Każąc takiemu dziecku zejść i wyjść na schody, stwierdzamy, mimo że tylko lekko się zadyszy, podskoczenie tętna, które od pierwotnych 80—96 uderzeń wznosi się do 120—140. Wówczas podmiotowo można stwierdzić bicie serca, kiedy tętno w tętnicy sprychowej słabnie, a nawet nie da się często wyczuć. Stan ten wyrównywa się w kilku minutach.

W 2 stopniu cierpienia, który jest już wybitnie zaznaczonym stanem patologicznym, nie brak już i podczas spokoju bicia serca z rytmem wahadłowym. Serce trwale rozszerzone sięga już do przedniej linii pachowej. Sprawozdawca miał sposobność badać wiele podobnych przypadków w lecznicy nadmorskiej dla dzieci zołzowych w Mueritz. Oczywiście natychmiast należy zabrać dziecko takie ze szkoły i odpowiednio leczyć.

5) U dorosłych, z czynników sprowadzających niewydolność mięśnia sercowego, w pierwszym rzędzie należy wymienić wyskok. Owe „serca piwne“ monachijskich piwoszów, opisane przepysznie przez Bollingera i Bauera, są przykładem stanu końcowego zawikłanej sprawy, złożonej z czynników toksycznych i mechanicznych, polegającej na nadużyciu wyskoku. Obok nadzwyczajnego przerostu ścian i komory odznaczają się niemałem rozszerzeniem, a rozstrzeń, co do czasu powstania, przychodzi do skutku przed przerostem.

Spostrzeżenia Aufrechta dowodzą, że serce opojów może doznać porażenia czynności wprzód, nim jeszcze przyjdzie do trwałych zmian anatomicznych w mięśniu sercowym. Jest to więc typowy przykład toksycznej niewydolności mięśnia sercowego, która to jednak niewydolność może zupełnie ustąpić, jeżeli się usunie czynnik szkodliwy, jakim w tym przypadku jest wyskok.

W końcu rozbiera jeszcze sprawozdawca w krótkości zagadnienie, czy i w jaki sposób można się ustrzedz przed niewydolnością czynnościową mięśnia sercowego? Granice odporności serca wahają się znacznie, stósownie do osobnika. Przeto i w rozrywkach sportowych należy zachować wielką ostrożność. Do najsilniejszych przecież szkodliwości, zachwiewających odporność serca, należy zatrucie wyskokiem ostre i przewlekłe, aczkolwiek u niektórych ludzi przechodzi bez następstw.

Ciąg dalszy nastąpi.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 czerwca.

* Znany już czytelnikom naszym memoryał Izb lekarskich: wiedeńskiej, morawskiej i dolnoaustryackiej znalazł najżyczliwsze przyjęcie u prezydenta ministrów austryackich

Hr. Thun przeszedł szczegółowo każdy punkt memoryału, oświadczył się za istotną potrzebą rewizyi obowiązującej Izby lekarskie ustawy, a w szczególności uznał za konieczne rozszerzenie praw dyscyplinarnych Izb, jako warunek niezbędny do skutecznego wypełniania zadań tej instytucyi.

— Wydawnictwo »Gazety Lekarskiej« ofiarowało Bibliotece Towarzystwa lek. krak. sześć, a wydawnictwo »Medycyny« trzy roczniki swego czasopisma. Za ten hojny dar składam obydwom wydawnictwom, oraz kol. Wł. Janowskiemu, który dar ten łaskawie nam wyjednał, najuprzejmiejsze podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Na berliński Kongres międzynarodowy do zwalczania gruźlicy przybyło 300 lekarzy niemieckich i 200 obcokrajowych.

* W Wiedniu urządzono gorącą owacyę drowi Braunowi, profesorowi kliniki położniczej, który dobiegł 70 lat życia.

* Wyznać należy, że oświadczenie Virchowa, jakoby dżuma nie miała już nigdy zagrażać Europie, nie zupełnie się ziszcza. Niezawodnie, szerzenie się dżumy jest powolne, ale tem nie mniej jest, czego najlepszym dowodem wybuch tej choroby w Egipcie, u wrót morskich państw europejskich. Zważywszy na obecną gorącą porę roku w Afryce i na nadzwyczajnie ożywione stosunki komunikacyjne Europy z Egiptem, przez który przechodzi szlak morski z Indyi i innych krajów dalekiego Wschodu, zachodzi istotna potrzeba zwiększenia liczby i czujności sanitarnej policyi morskiej i ustanowienie ostrej kwarantany na okręty, przybywające z okolic zakażonych.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XX (od 14 do 20 maja). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 83,730. Zawarto w tym czasie małżeństw 19 (11,8); urodzin było 70 (43,47); skonów 56 (34,78). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 36:20, u starozakonnych 5:9.

W tygodniu tym wybitniejszą już liczbę śmierci (7) spowodowało ostre zapalenie żołądka i kiszek u niemowląt (*cholera infantum*). Z błonicy i odry umarło po 1 osobie. Innych chorób zakaźnych niema.

* W Prusach wydano rozkaz do władz prowincyonalnych, ażeby najpilniejszą zwróciły uwagę na fabrykacyę margaryny, szczególnie na przeróbkę tego spożywczego materyału. Okazało się bowiem, że z różnych powodów zwróconą margarynę, przerabiają w fabrykach z dodatkiem kwasu borowego i soli borowych i to w ilości tak znacznej, że jest szkodliwą zdrowiu.

* W Nowym Yorku podał niejaki Cassy nowy pomysł do prawa karnego przeciw występkowi zgwałcenia. Ponieważ dawniej proponowane trzebienie gwałcicieli spotkało się z zarzutem nieludzkości, Cassy proponuje, ażeby każdego, przekonanego o występek zgwałcenia, skazywać na zamknięcie w domu karnym na 5—20 lat; w ciągu pierwszego roku odsiadywania kary zaproponować skazanemu wytrzebienie, któremu, gdyby się poddał, bezzwłocznie zostałby uwolniony. Projektodawca sądzi, że rzadko znalazłby się taki, któryby za taką cenę nie poddał się dobrowolnie (?) wytrzebieniu; w ten sposób, sądzi Cassy, zarzut nieludzkości miałby upaść.

* Czterdziestu lekarzy w nowym Jorku zawiązało Komitet, do którego weszli przedstawiciele 16 Towarzystw lekarskich miejscowych, a to w celu zebrania kapitału na wystawienie pomnika wynalazcy »tubusa«, drowi O'Dwyerowi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie Jagiell. otrzymał Stefan Isterewicz.

* Dr. Apostolus Mavrogenis, lekarz w Atenach, obchodził setną rocznicę swoich urodzin.

Nekrologia: Zmarli: Dr. Poras, starszy lekarz powiatowy, zmarł nagle w Czerniowcach. Dr. Ulry, kierownik kliniki okulistycznej w Bordeaux. Prof. Thomas, prof. kliniki lekarskiej w Tours.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 21: Neugebauera Fr.: Pięćdziesiąt małżeństw, zawartych wskutek mylnego określenia płci pomiędzy mężczyzną a wrzekomym obojnakiem mężkim, lub kobietą a wrzekomym obojnakiem żeńskim. Kilka spraw rozwodowych wskutek »*erreur de sexe*«. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 10: Dr. Sędziaka J.: Zaburzenia krtaniowe w wiądzie rdzenia.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Dr. Rydygier L.: O zapaleniu otrzewnej. (*Odczyty kliniczne*, zeszyt 4, 1899).

— Dr. Bregmann L.: Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni. (Odbitka z *Kroniki Lekarskiej*, 1898).

— Sonnenberg E.: Nowy przyrząd do mięsienia gruczołu krokowego. (Odbitka z *Medycyny*).

— Dr. Hrdlička A.: Anthropological investigations on one Thousand White and Colored Children of Both Sexes. (New-York, 1899).

— Skłodowski J.: O niedrożności przewlekłej kiszki cienkiej. (Odbitka z *Przegl. chirurg.*, 1899).

— Dr. Nartowski M.: Ein Fall von Arthroneuralgie. (Odbitka z *Wiener med. Woch.*, Nr. 21, 1899).

— Prof. Trzebicky R.: Fremdkörper in der Blase von Männern. (Odbitka z *Centralblatt für Chirurgie* Nr. 19, 1899).

— Doc. dr. Bossowski A.: W sprawie wrodzonych nieprawidłowości jelita esowatego u dzieci. (Odbitka z *Przegl. Lekar.*, Nr. 18, 1899 rok).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 7 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem w klinice chirurgicznej, — posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) Kol. Dr. Rutkowski przedstawi kilku chorych, operowanych w klinice chirurgicznej; 2) Kol. Doc. Ciechanowski demonstrować będzie parę rzadkich preparatów anatomicznych; 3) Kol. Doc. Raczyński będzie miał odczyt: W sprawie gruźlicy u dzieci.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 1.27.

OBWIESZCZENIE.

Zgodnie z reskryptem Wydziału kraj. z 5 kwietnia br. L. 14338 i uchwałą Rady pow. z dnia 19 b m. rozpisuje się niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego w Uściu zielonem** dla gmin: 1) Uście zielone, 2) Międzygórze, 3) Trościaniec, 4) Baranów, 5) Kraściejow, 6) Zadarow, 7) Bobrowniki, 8) Ladzkie, 9) Niskołyzy, 10) Łazarówka, 11) Łuka ad Uście z.

Lekarz okręgowy w **Uściu zielonem** obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową tak długo, dopóki tamże nie zostanie otwartą apteka publiczna.

Roczna płaca 500 złr. i ryczałt na objazdy 300 złr. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść należycie udokumentowane podanie do tutejszego Wydziału powiatowego w terminie do **30 czerwca b. r.**

Do podań należy dołączyć:

1) metrykę urodzenia na dowód, że petent nie przekroczył 40 lat;
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) świadectwo lekarskie potwierdzone przez c. k. lekarza powiatowego, że petent jest dostatecznie fizycznie zdolny do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego;
4) świadectwo z odbytej najmniej 2-letniej praktyki lekarskiej i
5) wykazać się, że petent ma prawo obywatelstwa austryackiego i zna oba języki krajowe.

Z Wydziału powiatowego

Buczacz, 23 maja 1899 r. 157

Wydział powiatowy w Wieliczce na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Świątnikach górnych* (w powiecie politycznym Podgórze), z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr., z obowiązkiem utrzymania apteki domowej. Posada nadaną zostaje od dnia 1 lipa b. r. Podania należy wnosić do dnia 10 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej na posadę lekarza okręgowego w *Warężu* miasteczku. — Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 300 złr. Podania wnosić do dnia 5 czerwca 1899 r.

Wydział powiatowy w Śniatynie ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy utrzymywać musi aptekę domową. Posada nadaną będzie na rok prowizorycznie, podania do 15 czerwca br.

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Andrychowie*, z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. — Podania wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 20 czerwca 1899 r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.